

Ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit von Haushaltshilfe

Name, Vorname:

geboren am:

Anschrift:

Versichertennummer:

Haushaltshilfe ist notwendig vom _____ bis _____

Die/der Versicherte kann aus folgendem Grund den Haushalt selbst nicht weiterführen:

- Der/dem Versicherten ist die Weiterführung des Haushalts wegen akuter und schwerer Krankheit nicht möglich.

Betruhe verordnet? ja, bis _____ nein, bitte Diagnose angeben:

Diagnose: _____

(bitte keinen Diagnoseschüssel, sondern Text)

- Der/dem Versicherten ist die Weiterführung des Haushalts wegen einer aus medizinisch notwendigen Gründen erforderlichen Abwesenheit als Begleitperson eines versicherten Kindes nicht möglich.

- Schwangerschaft

Betruhe verordnet von _____ bis _____

- Entbindung und deren Folgen

- Sonstiges: _____

Diagnose: _____

(bitte keinen Diagnoseschüssel, sondern Text)

Die Haushaltshilfe ist aus folgendem Leistungsgrund notwendig:

- Die/der Versicherte hat Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) gewählt. In Anspruch genommene Behandlung gehört zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse.

- In Anspruch genommene Behandlung ist eine Privatleistung und wird nicht von der gesetzlichen Krankenkasse bezahlt.

- Arbeitsunfall Berufskrankheit Unfallfolgen Versorgungsleiden

Welche Tätigkeiten können **nicht** von der/dem Patientin/Patienten noch selbst verrichtet werden?

Zubereiten der Mahlzeiten

Einkaufen

Reinigen der Wohnung

Sonstiges (z. B. Wäsche)

Beaufsichtigung und Betreuung der Kinder

Ort, Datum _____

Stempel/Unterschrift des Arztes _____

Die Angaben können nach EBM Nr. 01621 abgerechnet werden.

Die Datenerhebung beruht auf § 67 a Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) i. V. m. § 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) und ist zur Entscheidung über die Gewährung von Haushaltshilfe erforderlich.

Antrag auf Haushaltshilfe

Versicherter						
Name		Vorname		Geburtsdatum		
Krankenversicherungsnummer		Telefon				
Tätigkeit		Familienstand		Anschrift		
Grund der Antragstellung						
<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt des Versicherten <input type="checkbox"/> Stationäre Entbindung des Versicherten <input type="checkbox"/> Häuslicher Aufenthalt, Weiterführung des Haushaltes nicht möglich wegen:						
<input type="checkbox"/> Kuraufenthalt des Versicherten						
von: _____		bis: _____		<input type="checkbox"/> Häuslicher Krankenpflege <input type="checkbox"/> Krankheit *) <input type="checkbox"/> Schwangerschaft *) <input type="checkbox"/> Entbindung *) <input type="checkbox"/> als Begleitperson bei stationärer Aufnahme		
Ort: _____		Kostenträger: _____		*) bitte ärztliche Bescheinigung über Notwendigkeit und Dauer der Haushaltshilfe beifügen		
Leistungsgrund: <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden <input type="checkbox"/> Betruhe ist verordnet <input type="checkbox"/> Schädigung durch Dritte						
Kinder unter 12 Jahren / behinderte Kinder ^{*)}, die im Haushalt leben <small>*) bitte Nachweis beifügen</small>						
Name, Vorname des Kindes		Geburtsdatum	Die Kinder sind bisher untergebracht bzw. betreut worden			Uhrzeit von - bis
			in Kindergarten/ Kindertagesstätte	in der Schule	sonst. Betreuung außer Haus	an folgenden Tagen
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mo Di Mi Do Fr Sa So
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht die Möglichkeit eines längeren Aufenthaltes in der Einrichtung (z.B. Hort)?						
Weitere im Haushalt lebende Personen?						
<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja (wenn ja, bitte ausfüllen)						
Name, Vorname		Geburtsdatum	wie verwandt o. verschwägert	kann den Haushalt nicht weiterführen, weil:	Berufstätig an folgenden Tagen	
					Mo Di Mi Do Fr Sa So	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
Haushaltsführung						
Der Haushalt wurde bisher geführt <input type="checkbox"/> von dem Versicherten selbst <input type="checkbox"/> vom Ehegatten von:						
Der Ehegatte kann wegen		<input type="checkbox"/> Montag	von	Uhr	bis	Uhr
Berufstätigkeit den Haushalt		<input type="checkbox"/> Dienstag		Uhr		Uhr
an folgenden Tagen nicht weiterführen		<input type="checkbox"/> Mittwoch		Uhr		Uhr
		<input type="checkbox"/> Donnerstag		Uhr		Uhr
Mein Ehegatte hat		<input type="checkbox"/> bezahlten Urlaub	von:		bis:	
		<input type="checkbox"/> unbezahlten Urlaub				
<small>(Bitte Bescheinigung des Arbeitgebers über unbezahlten Urlaub beifügen)</small>						
<input type="checkbox"/> Die Kinder unter 12 Jahren werden wie bisher untergebracht und betreut.						
Die Kinder unter 12 Jahren werden außerhalb des Haushaltes an folgenden Tagen betreut:					Mo	Di
					Mi	Do
					Fr	Sa
					So	
					von: _____	Uhr bis: _____
					Uhr	
durch _____						
Name, Vorname _____ Beruf _____						
Anschrift _____ (wie) verwandt / verschwägert _____						
<input type="checkbox"/> Die Kinder unter 12 Jahren werden (zusätzlich) im Haushalt des Versicherten betreut.						
Haushaltshilfe / Weiterführung des Haushaltes						
Weiterführung des Haushaltes durch:						
<input type="checkbox"/> Privatperson						
Name, Vorname _____		Geburtsdatum _____		Beruf _____		
Anschrift _____						
<input type="checkbox"/> verwandt/verschwägert?		• entstehende Kosten: _____ EUR je Std. / _____ EUR je Tag / _____ EUR insgesamt				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,		• Fahrkosten: _____ EUR je Fahrt /EUR insgesamt				
und zwar _____		• Verdienstausschlag: _____ EUR netto je Arbeitsstunde				
<input type="checkbox"/> Professionelle Ersatzkraft						
Bezeichnung und Anschrift _____						
Die Haushaltshilfe wird voraussichtlich an _____ Stunden pro Tag / _____ Stunden pro Woche für folgende Aufgaben benötigt:						
<input type="checkbox"/> Einkaufen <input type="checkbox"/> Nahrungszubereitung <input type="checkbox"/> Sauberhalten der Wohnung (auch Heizen) <input type="checkbox"/> Sauberhalten der Kleidung						
Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückerstattet werden müssen. Änderungen, welche sich während der Tätigkeit der Haushaltshilfe ergeben, werde ich der AOK Sachsen unverzüglich mitteilen. Die Erhebung der Daten basiert auf § 38 SGB V bzw. § 199 RVO.						
Ort, Datum _____				Unterschrift des Versicherten _____		