

Ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einer Haushaltshilfe

für _____
Vorname Name, Geb.-Datum, Versichertennummer

Die Haushaltshilfe ist erforderlich wegen

<input type="checkbox"/> Akuter Erkrankung	
<input type="checkbox"/> oder Schwangerschaftsbeschwerden/Entbindung	
<input type="checkbox"/> oder akuter Verschlimmerung einer Erkrankung	<input type="checkbox"/> oder schwerer Krankheit
<input type="checkbox"/> nach Krankenhausaufenthalt vom _____ bis _____	
<input type="checkbox"/> nach ambulanter Krankenhausbehandlung vom _____ bis _____	
<input type="checkbox"/> nach einer ambulanten Operation vom _____ bis _____	

Grund (festgestellte Diagnosen und Befunde):

Der obengenannte Versicherte ist zur Weiterführung des Haushaltes

<input type="checkbox"/> nicht mehr	<input type="checkbox"/> nur eingeschränkt	in der Lage
-------------------------------------	--	-------------

Folgende Tätigkeiten können bzw. dürfen nicht ausgeübt werden

<input type="checkbox"/> Kochen, Essen zubereiten	<input type="checkbox"/> Einkaufen	<input type="checkbox"/> Wäsche waschen
<input type="checkbox"/> Reinigung der Wohnung	<input type="checkbox"/> Bügeln	<input type="checkbox"/> Heben und Tragen ab _____ kg
<input type="checkbox"/> Beaufsichtigung/Betreuung der Kinder		

Die Haushaltshilfe wird benötigt vom _____ bis _____

für jeweils _____ Stunden pro Tag, für _____ Tage pro Woche.

Ergänzende Hinweise (z.B. Fieber, Bettlägerigkeit):

--

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin