



**Ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einer Haushaltshilfe**

für \_\_\_\_\_  
Vorname Name, Geb.-Datum, Versicherungsnummer

Die Haushaltshilfe ist erforderlich wegen

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

Grund (festgestellte Diagnosen und Befunde):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ICD-Code: \_\_\_\_\_

Der / die 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