

# Ärztliche Bescheinigung für Haushaltshilfe

für das Ausstellen dieser Bescheinigung ist die Nr. 01621 EBM abrechnungsfähig

Name, Vorname  Krankenversicherungsnummer des haushaltsführenden Versicherten:

Eine Weiterführung des Haushaltes ist der/dem Versicherten nur

teilweise möglich: ja  nein  nicht möglich

Unter Berücksichtigung der Schwere der Erkrankung besteht ein täglicher Hilfebedarf von:

1 Std.  2 Std.  3 Std.  4 Std.  5 Std.  6 Std.  7 Std.  8 Std.

Für welchen Zeitraum ist aus medizinischer Sicht die Haushaltshilfe erforderlich?

vom  bis

- |                                                                              |                             |                               |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Haushaltshilfe erforderlich wegen Schwangerschaft                         | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 2. Haushaltshilfe erforderlich wegen Entbindung                              | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 3. Haushaltshilfe erforderlich aufgrund einer akuten Erkrankung?             | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 3a. Wenn nein: ist die Erkrankung als chronisch einzustufen?                 | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 3b. Wenn ja: handelt sich um einen akuten Schub einer chronischen Erkrankung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Genauere Diagnose:

Fähigkeitsstörungen/Funktionseinschränkungen:

Behandlungsverlauf/Therapieverlauf:

Eventuell besondere Hinweise:

\_\_\_\_\_  
Datum und Stempel des Vertragsarztes