



Ärztliche Bescheinigung zum Antrag auf Haushaltshilfe

Es wird ärztlich bescheinigt, dass _____ den Haushalt aufgrund
 schwerer Krankheit akuter Verschlimmerung einer Krankheit Schwangerschaft/Entbindung
 sonstige Gründe: _____

nicht/nur eingeschränkt weiterführen kann.

Ausführliche Diagnose (bitte auch Schweregrad der Erkrankung und Angaben zur Schwangerschaft).
Bitte ggf. ärztliche Befundberichte beifügen. Vielen Dank!

Bettruhe verordnet: Ja Nein

Für welche hauswirtschaftlichen Tätigkeiten wird die Unterstützung einer Haushaltshilfe benötigt?

Tätigkeit	Umfang der Einschränkungen		
	keine	voll	teilweise, in welchem Umfang?(bitte angeben)
1. <input type="checkbox"/> Einkaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <input type="checkbox"/> Zubereitung von Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <input type="checkbox"/> Aufräumen, putzen,...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. <input type="checkbox"/> Wäsche waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <input type="checkbox"/> Kinderbetreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte angeben):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche der genannten Tätigkeiten können nicht von einer im Haushalt lebenden Person übernommen werden? (Bitte Nummer eintragen):

Die Haushaltshilfe ist medizinisch notwendig vom _____ bis _____

Bemerkungen:

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift des behandelnden Arztes

- Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 01620 EBM berechnungsfähig -