

Ärztliche Stellungnahme zur Notwendigkeit von Haushaltshilfe

bei:
geb.:
KV-Nr.:

Eine Haushaltshilfe ist wegen folgender Erkrankung, Verschlimmerung einer Erkrankung, Schwangerschaft* oder Entbindung* erforderlich: (Bitte mit Befundangabe und Diagnose)

*nur bei den Beschwerden, die über das übliche Maß hinausgehen

Diagnose/ICD: _____

Es wird eine Chemo- / Strahlentherapie in der Zeit von _____ bis _____ durchgeführt (bitte Therapieplan beilegen)

Besteht Bettlägerigkeit?

☐ Ja, vollständig ☐ Ja; teilweise _____ Std. ☐ Nein

In welchen Bereichen besteht Hilfebedarf?

☐ Kochen ☐ Wäsche waschen
☐ Putzen ☐ Einkaufen
☐ Kein Hilfebedarf ☐ Sonstiges: _____

Befinden sich nach Ihrer Kenntnis Kinder im Haushalt?

☐ Nein ☐ Ja Anzahl _____ Alter: _____ / _____ / _____

In welchem Umfang ist die Kinderbetreuung zumutbar?

☐ in vollem Umfang
☐ weitestgehend, aber kein Tragen oder Heben von Kleinkindern
☐ in geringem Umfang, z. B. Hausaufgabenhilfe, Spiele ohne viel Bewegung, Kinder auf dem Weg zum Kindergarten oder zur Schule begleiten
☐ Sonstige Aufgaben der Kinderbetreuung sind möglich: _____
☐ Aufgrund des Gesundheitszustandes ist keinerlei Kinderbetreuung möglich bzw. unzumutbar

Für welchen Zeitraum halten Sie die Haushaltshilfe erforderlich?

von _____ bis _____

von _____ bis _____
Datum Datum

Bemerkungen: _____

Datum

Stempel / Unterschrift des Arztes

Für das Ausstellen dieser Bescheinigung ist die Nr. 01621 EBM 2000plus berechnungsfähig.