AOK PLUS Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.

Ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einer Haushaltshilfe

Name, Vorname:
geboren am:
Anschrift:
Versichertennummer:

Der/dem Versicherten ist die Weiterführung des Haushalts
vom _____ bis _____ nicht/nur eingeschränkt möglich wegen:

☐ schwerer Krankheit/akuter Verschlimmerung einer Krankheit

☐ einer aus medizinisch notwendigen Gründen erforderlichen Abwesenheit als Begleitperson eines versicherten Kindes

☐ Schwangerschaft

☐ Entbindung und deren Folgen

Diagnosen und Befunde:

Die Haushaltshilfe ist aus folgendem Grund notwendig:

☐ Unfallfolgen/Schädigung durch Dritte
☐ Arbeitsunfall
☐ Schädigung im Sinne des BVG (Kriegsopfer-versorgung)
☐ Berufskrankheit
☐ ärztliche Privatleistung

Folgende Tätigkeiten können bzw. dürfen von dem Patient/der Patientin nicht ausgeübt werden?

☐ Zubereiten der Mahlzeiten
☐ Reinigen der Wohnung
☐ Beaufsichtigung und Betreuung der Kinder
☐ Sonstiges: _____
☐ Einkaufen
☐ Wäsche waschen/bügeln

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Die Angaben können nach EBM Nr. 01621 abgerechnet werden.

Die Datenerhebung beruht auf § 67 a Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) i. V. m. § 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) und ist zur Entscheidung über die Gewährung von Haushaltshilfe erforderlich.