

Absender

Ihr Schreiben vom
Versichertennummer

Ärztliche Bescheinigung zur Notwendigkeit einer Haushaltshilfe

Versicherte(r)

Geburtsdatum

Die/der Versicherte beantragt Haushaltshilfe (§ 38 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB V/§ 24h SGB V).
Sofern Sie diese für notwendig und zweckmäßig erachten, beantworten Sie bitte gemäß § 100 Abs. 1
Zehntes Buch Sozialgesetzbuch – SGB X – in Verbindung mit § 73 Abs. 2 Nr. 9 SGB V die nachstehenden
Fragen vollständig. Vielen Dank für Ihre Bemühungen.

Die/der Versicherte ist zur Weiterführung des Haushaltes ab _____

- nicht mehr
 nur eingeschränkt

in der Lage.

Grund (Diagnose)

Die/der Betreffende ist wegen der Erkrankung auf Hilfe angewiesen. Folgende Funktionseinschränkungen
liegen vor: _____

Der/dem Betreffenden ist die Haushaltsführung auf Dauer bzw.
auf unabsehbare Zeit nicht mehr möglich: nein ja

Die Haushaltshilfe wird für folgende Dauer benötigt _____

individuelle Angaben, z. B. Montag - Mittwoch je 3 Stunden

für jeweils _____ Std./Tag bzw. _____

Datum/Stempel und Unterschrift der Vertragsärztin/des Vertragsarztes

Telefonnummer (freiwillige Angabe)

– Für das Ausstellen der Bescheinigung ist die Nr. 01620 EBM abrechnungsfähig. –

Hinweis: Die Angabe Ihrer persönlichen Daten ist aufgrund der Bestimmungen des § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) erforderlich. Fehlende oder unvollständige Angaben können zu nachteiligen Folgen (§§ 206 Abs. 2 und 307 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)) und ggf. zur Versagung des Leistungsanspruches führen (§ 66 SGB I). Die Angabe der Bankverbindung ist freiwillig.

Absender

Ihr Schreiben vom
Versichertennummer

Haushaltshilfe (von der haushaltsführenden Person auszufüllen)

1. Antragsgrund

Die Weiterführung des Haushalts ist/war mir ab _____ bis (voraussichtlich) _____ nicht möglich.

Grund:

- Krankenhausaufenthalt vom _____ bis _____
- Kuraufenthalt vom _____ bis _____ Kostenträger _____
- Entbindung am _____
- aufgrund von Krankheit kann/konnte der Haushalt nicht fortgeführt werden vom _____ bis _____ (bitte ärztliche Bescheinigung beifügen)
- wegen der Krankheit bin/war ich auf Hilfe angewiesen vom _____ bis _____ (bitte ärztliche Bescheinigung beifügen)
- sonstiger Grund _____ (bitte ärztliche Bescheinigung beifügen)

2. Angaben zum Haushalt

2.1 In meinem Haushalt leben folgende Kinder unter 14 Jahren:

Vorname, ggf. abweichender Familienname	Geburtsdatum
_____	_____
_____	_____
_____	_____

2.2 Außer mir leben in meinem Haushalt keine erwachsenen Personen folgende erwachsene Personen:

Vorname, ggf. abweichender Familienname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Kann von einer dieser Personen der Haushalt weitergeführt werden?

- ja
- nein, bitte kurze Begründung: _____

2.3 In meinem Haushalt leben weitere – nicht unter Ziffer 2.1 aufgeführte – Kinder über 14 Jahren, die aber aufgrund einer Behinderung auf Hilfe angewiesen sind bzw. weitere minderjährige Kinder:

Vorname, ggf. abweichender Familienname	Geburtsdatum	ggf. Angaben zur Art der Behinderung
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Versicherte/r

Versichertennummer

2.4 Der Haushalt wurde bisher geführt von

- mir meinem Ehe-/Lebenspartner* mir und meinem Ehe-/Lebenspartner* gemeinsam
 der nachstehend genannten Person _____

Ich bin

- nicht berufstätig
 berufstätig

Tag	Uhrzeit von - bis	= Std.
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Samstag		
Sonntag		

Mein Ehe-/Lebenspartner* ist

- nicht berufstätig
 berufstätig

Tag	Uhrzeit von - bis	= Std.
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Samstag		
Sonntag		

2.5 Wer versorgt die Kinder während Ihrer Berufstätigkeit bzw. sind sie (teilweise) anderweitig untergebracht?

Tag	Uhrzeit von - bis	= Std.	Kindergarten/Schule	Uhrzeit von - bis	= Std.	betreut durch
Montag						
Dienstag						
Mittwoch						
Donnerstag						
Freitag						
Samstag						
Sonntag						

3. Angaben zur Haushaltshilfe

Ich beantrage ab/vom _____ bis _____ an _____ Tagen in der Woche
 jeweils in der Zeit von _____ Uhr bis _____ Uhr = _____ Stunden/Tag

die Vermittlung einer Ersatzkraft (Haushaltshilfe), da ich selbst keine Person/Einrichtung kenne, die meinen Haushalt weiterführen kann.

die Kostenerstattung für eine anderweitige Unterbringung des Kindes/der Kinder bei
 Name und Anschrift _____

die Kostenerstattung in angemessener Höhe für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft. Der Haushalt wurde/wird weitergeführt von
 Name und Anschrift _____

Ist diese Person durch eine andere Stelle (z. B. paritätischer Wohlfahrtsverband, konfessionelle oder kommunale Einrichtung) vermittelt worden? Name und Anschrift _____

nein ja, von welcher? _____

Hierfür entstehen mir Kosten in Höhe von _____ täglich € _____ stündlich € _____

Ich bin mit der Ersatzkraft verwandt oder verschwägert. nein ja, wie? _____

Mein Kind ist/meine Kinder sind mit der Ersatzkraft verwandt oder verschwägert. nein ja, wie? _____

Versicherte/r

Versichertennummer

Ich bitte um Überweisung auf

das Konto der Ersatzkraft
Kontoinhaber(in)

mein folgendes Konto

Geldinstitut

IBAN

BIC

Erstattung des Verdienstausfalles meines Ehe-/Lebenspartners* in Höhe der Kosten, die bei Einsatz einer selbstbeschafften Ersatzkraft entstanden wären.
Kontoinhaber(in)

Geldinstitut

IBAN

BIC

Übersendung eines vorbereiteten Vordrucks für die Verdienstausfallbescheinigung des Arbeitgebers.

Übersendung der Broschüre "Wie viel, wofür."

Datum/Unterschrift

Telefonnummer (freiwillige Angabe)

* Gleichgeschlechtliche Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes.