

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift des Arztes

\_\_\_\_\_  
Institutionskennzeichen

\_\_\_\_\_  
Patient (Name):

### Angaben des Arztes

Aufgrund welcher Krankheit ist die Haushaltshilfe notwendig?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die Behandlung erfolgt

stationär

ambulant

Welche konkreten körperlichen und seelischen Einschränkungen verhindern die Fortführung des Haushalts?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Voraussichtliche Dauer der Haushaltshilfe vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

tägliche \_\_\_\_\_ Stunden \_\_\_\_\_ Stunden / Woche

Anzahl der Kinder \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Haushaltshilfe ist notwendig, weil

- wegen Schwangerschaft oder Entbindung eine Weiterführung des Haushaltes nicht möglich ist
- die Weiterführung des Haushalts wegen akuter, schwerer Krankheit/Verschlimmerung nicht möglich ist
- die Weiterführung des Haushalts wegen einer aus medizinischen Gründen erforderlichen Abwesenheit als Begleitperson eines versicherten Angehörigen nicht möglich ist
- sie zur Ergänzung der von mir verordneten häuslichen Krankenpflege (mehr als hauswirtschaftliche Versorgung) erforderlich ist
- Krankenhausbehandlung oder stationäre Entbindung  
 geboten, aber nicht ausführbar ist  
 dadurch nicht erforderlich wird  
 dadurch abgekürzt werden kann
- ein sonstiger Ausnahmefall vorliegt

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Kassenarztstempel und Unterschrift