

Bescheinigung, Seite 1 zum Antrag auf Haushaltshilfe

DES ARZTES ÜBER DIE MEDIZINISCHE NOTWENDIGKEIT EINER HAUSHALTSHILFE

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

<b>1. ANGABEN ZUR PERSON</b>	
Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Versicherten-Nr.:	
Aufgrund eines Antrags auf Haushaltshilfe Ihrer Patientin/Ihres Patienten sind wir auf Ihre ärztliche Mithilfe angewiesen und bitten Sie um Beantwortung folgender Fragen:	
1. An welcher Erkrankung leidet die/der Versicherte? <span style="float: right;">☞ Angabe ICD-10 erforderlich!</span>	
Diagnose/n: _____	
Befund/e: _____	
Therapie/n: _____	
Ist die Haushaltshilfe wegen Schwangerschaft oder Entbindung notwendig?	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
2. Kann aufgrund der Erkrankung/Schwangerschaft der Haushalt weitergeführt werden?	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ist Bettruhe verordnet?	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
3. Wurde _____ im Krankenhaus behandelt?	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
• Wenn ja, wie erfolgte die Behandlung?	
<input type="checkbox"/> stationär	
<input type="checkbox"/> ambulant	
<input type="checkbox"/> ambulante OP	
• Behandlungszeitraum:	
von _____ bis _____	
• Kann die Krankenhausbehandlung durch die Gewährung einer Haushaltshilfe verkürzt oder sogar vermieden werden?	
<input type="checkbox"/> ja, um _____ Tage verkürzt <input type="checkbox"/> ja, generell vermieden <input type="checkbox"/> nein	

**Bescheinigung, Seite 2 zum Antrag auf Haushaltshilfe**

**DES ARZTES ÜBER DIE MEDIZINISCHE NOTWENDIGKEIT EINER HAUSHALTSHILFE**

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

4. Trat bei <span style="float: right;">eine akute Verschlimmerung einer Krankheit ein?</span> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein • Wenn ja, wann trat eine Verschlimmerung ein? <hr/> • Wodurch kam es zu einer Verschlimmerung? <hr/>																	
5. Liegt Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein • Wenn ja, wann wurde ein Antrag gestellt? <hr/> Besteht Bedarf auf häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein • Wenn ja, welche Art von Versorgung ist erforderlich? <hr/>																	
6. Welche Tätigkeiten können vom Versicherten noch selbst verrichtet werden? <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Ja</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zubereitung der Mahlzeiten</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Reinigen der Wohnung</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Einkaufen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Grundpflege</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>				Ja	Nein	Zubereitung der Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reinigen der Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Einkaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein															
Zubereitung der Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
Reinigen der Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
Einkaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
Grundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
Zeitraum der erforderlichen Haushaltshilfe vom: _____ bis: _____  Täglich notwendiger Hilfebedarf Stunde(n) _____ pro Tag																	
<b>X</b>	<b>X</b>																
Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Arztes																

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Für die Angaben des Arztes ist die Nummer 01620 EBM berechnungsfähig.

**Datenschutzhinweis**

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Prüfung der Leistungspflicht und Erbringung von Haushaltshilfe nach § 38 SGB V erhoben und verarbeitet. Sie sind nach § 294 SGB V verpflichtet, uns die erforderlichen Angaben zu machen. Die datenschutzrechtlichen Hinweise und Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter [www.bkk-da.de](http://www.bkk-da.de) oder fordern Sie diese Informationen gerne direkt bei uns unter [datenschutz@bkk-da.de](mailto:datenschutz@bkk-da.de) oder per Post BKK\_DürkoppAdler, Datenschutzbeauftragter, Potsdamer Str. 190, 33719 Bielefeld an.