

Bitte zurück an:

hkk Krankenkasse
28185 Bremen

Ärztliche Stellungnahme zur Notwendigkeit von Haushaltshilfe

Name, Vorname d. Versicherten _____ Geburtsdatum _____

Anschrift _____ Versichertennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Eine Haushaltshilfe ist wegen folgender Ursache nötig:

- ☐ akute schwere Erkrankung oder akute Verschlimmerung einer Erkrankung, insbesondere nach Krankenhausaufenthalt, ambulante Operation oder ambulante Krankenhausbehandlung (nähere Begründung erforderlich, siehe Ziffer 2)

ICD: _____

- ☐ allgemeine Erkrankung (nähere Begründung erforderlich, siehe Ziffer 2)

a) ICD: _____

b) **Begründung** (Hinweis zu den körperlichen Einschränkungen, die die Haushaltsführung verhindern):

- ☐ Schwangerschaft und Entbindung (nähere Begründung erforderlich, siehe Ziffer 2)

a) ICD: _____ (voraussichtlicher) ET: _____

b) **Begründung:**



2. Welche konkreten Funktionseinschränkungen liegen vor?

3. Die Haushaltshilfe wird für folgende Tätigkeiten benötigt:

Grund der Verhinderung + Zeitangabe	Grund der Verhinderung + Zeitangabe
☐ Kochen	☐ Kinderbetreuung
☐ Einkauf	☐ Hausaufgabenhilfe
☐ Reinigung der Wohnung	☐ Begleitung der Kinder zur Einrichtung
☐ Wäsche waschen	☐ Sonstiges:

4. Für welchen Zeitraum und in welchem Umfang ist die Haushaltshilfe erforderlich?

(Bitte berücksichtigen Sie die tatsächlichen häuslichen Verhältnisse.)

vom _____ bis _____
 für _____ Tage pro Woche jeweils _____ Std. pro Einsatztag.

5. Sonstige Anmerkungen _____

 Ort, Datum

 Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes



Für die Arztangabe ist die Nr. 01621 EBM abrechnungsfähig. Ihre Daten werden gemäß Art. 6 DS-GVO und § 284 SGB V für Zwecke der Kranken- und § 94 SGB XI für Zwecke der Pflegeversicherung verarbeitet. Mehr Infos erhalten Sie unter hkk.de/datenschutz und in unseren Geschäftsstellen. Für weitere Fragen hierzu kontaktieren Sie uns gerne.

