

(vom Patient auszufüllen)

Mein Antrag auf Haushaltshilfe

Versicherte/r		Versichertennummer:				
Name	Vorname	Geb.-Datum	Telefonnummer			
Haushaltshilfe wird beantragt vom _____ bis _____						
Haben Sie einen Pflegegrad beantragt? ☐ ja ☐ nein						
Warum benötigen Sie Haushaltshilfe? *bitte ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit beifügen						
☐ wegen Krankenhausaufenthalt oder zur Entbindung						
☐ wegen Kuraufenthalt, Kostenträger						
☐ wegen Einschränkungen während der Schwangerschaft oder nach der Entbindung*						
☐ wegen schwerer Krankheit*						
Die Erkrankung beruht ggf. auf:						
☐ Arbeitsunfall/Berufskrankheit ☐ BVG-Versorgungsleiden ☐ Drittverschulden/Unfall						
Wer hat den Haushalt bisher geführt?						
☐ Ich selbst ☐ der Ehegatte/die Ehegattin ☐ andere Personen						
Folgende Personen leben in meinem Haushalt (bitte ausfüllen): ☐ niemand						
Diese sind zu den angegebenen Zeiten auf Arbeit, im Kindergarten/Schule/in Betreuung:						
Name, Vorname	Geburtsdatum	Montag von-bis	Dienstag von-bis	Mittwoch von-bis	Donnerstag von-bis	Freitag von-bis
Wer führt den Haushalt weiter? Wer übernimmt die Kinderbetreuung?						
☐ Privatperson			☐ Soziale Einrichtung			
Name, Vorname:			Bezeichnung:			
Anschrift:			Anschrift:			
Ist mit mir ☐ verheiratet ☐ verwandt/verschwägert, oder:			IK-Nummer:			
Welche Kosten entstehen Ihnen dadurch?						
Art:		Höhe:		Euro		
Die Haushaltshilfe wird voraussichtlich an		Stunden pro Tag/		Stunden pro Woche		
für folgende Aufgaben benötigt:		☐ Einkaufen ☐ Kinderbetreuung ☐ Wäsche waschen				
		☐ Sauberhalten der Wohnung ☐ Nahrungszubereitung				
Datum			Unterschrift			

Hinweis zum Datenschutz:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs.1 Satz 1 Nr. 4 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) zum Zwecke der Prüfung des Anspruches auf Haushaltshilfe nach §§ 24 h, 38 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/plus/datenschutzrechte. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Ihre Krankenkasse oder deren Datenschutzbeauftragten.

(vom Arzt auszufüllen)

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 (Kriegsopferversorgung)	- Berufskrankheit ärztliche Privatleistung
---	---

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

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

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.