

Ärztliche Bescheinigung

Name, Vorname des Mitglieds _____ geb. _____

KVNR _____

Name, Vorname des Angehörigen _____ geb. _____

**Ärztliche Bescheinigung
über die Notwendigkeit einer Haushaltshilfe**
nach § 27 und § 38 SGB V und § 199 RVO zur Abgabe bei der Krankenkasse

- wegen einer akuten Erkrankung**
- wegen Schwangerschaft**
- oder Entbindung**

(Voraussetzung für die Gewährung einer Haushaltshilfe ist, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.)

Die / der Versicherte benötigt ab: _____
Haushaltshilfe,

weil Krankenhausbehandlung

- geboten, aber nicht ausführbar ist
- dadurch nicht erforderlich wird
- dadurch abgekürzt werden kann

weil

- das Ziel der ärztlichen Behandlung dadurch gesichert wird

weil sie / er

- nur noch eingeschränkt in der Lage ist, die Kinder zu versorgen und den Haushalt zu führen

wegen

- Rehabilitation nach Entbindung
- psychischer / physischer Überbelastung
- Rehabilitation nach OP oder Krankenhausaufenthalt
- psychischer Erkrankung

Diagnose / Befund: _____

Bitte grundsätzlich ausfüllen:

Die Haushaltshilfe wird für täglich 4 5 6 7 8 9 Stunden benötigt.

Vom _____ bis _____

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes