

Bitte senden an:

**Ärztliches Attest über die  
Notwendigkeit einer Haushaltshilfe**

Die Übermittlung dieser Daten ist gemäß § 69 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) Zehntes Buch (X) zulässig und erforderlich.

für

Der / die obengenannte Versicherte ist aus medizinischer Sicht nicht / nur eingeschränkt in der Lage, seinen Haushalt weiter zu führen

ab  bis voraussichtlich .

Die Haushaltshilfe wird benötigt für  Stunden an  Tagen je Woche.

Der / die Versicherte konnte seinen Haushalt bisher in vollem Umfang selbst führen ...  ja

nein

Die stationäre Behandlung endet (voraussichtlich) am

Der / die Versicherte wurde ambulant im Krankenhaus / ambulant operiert am

Eine bestehende Erkrankung hat sich akut verschlimmert am

Eine schwere Krankheit besteht seit

Bitte geben Sie hier die Diagnose und daraus folgende krankheitsbedingte Einschränkungen bei der Haushaltsführung an:

Diagnose:

☛ Krankheitsbedingte Einschränkungen - benötigt Hilfe bei:

z.B. Einkäufen, Zubereiten von Mahlzeiten, Reinigen der Wohnung, Wäsche waschen, Beaufsichtigung und Betreuung der Kinder

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Datum Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

☛ *Ihre Bemühungen können Sie nach der EBM-Ziffer 01620 abrechnen*