

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG ÜBER DIE MEDIZINISCHE NOTWENDIGKEIT EINER HAUSHALTSHILFE

PERSONALIEN

Name															Geburtsdatum	T	T	M	M	J	J	J	J						
Vorname															Versicherten- Nummer														
Straße																													
PLZ					Ort																								

Die Haushaltshilfe ist erforderlich wegen

- akuter Erkrankung
 Schwangerschaftsbeschwerden/Entbindung
 akuter Verschlimmerung einer Erkrankung oder schwerer Krankheit

<input type="checkbox"/> nach Krankenhausaufenthalt	vom	T	T	M	M	J	J	J	J	bis	T	T	M	M	J	J	J	J
<input type="checkbox"/> nach ambulanter Krankenhausbehandlung	vom	T	T	M	M	J	J	J	J	bis	T	T	M	M	J	J	J	J
<input type="checkbox"/> nach einer ambulanten Operation	vom	T	T	M	M	J	J	J	J	bis	T	T	M	M	J	J	J	J

eines Arbeitsunfalles

Grund (festgestellte Diagnose und Befunde):

Der obengenannte Versicherte ist zur Weiterführung des Haushaltes

- nicht mehr nur eingeschränkt in der Lage

Folgende Tätigkeiten können bzw. dürfen nicht ausgeübt werden

- Kochen, Essen zubereiten Einkaufen Wäsche waschen Heben und Tragen ab kg
 Beaufsichtigung und Betreuung der Kinder Bügeln Reinigung der Wohnung

Die Haushaltshilfe wird benötigt

vom bis für jeweils Stunden pro Tag, für Tage pro Woche.

Name des Arztes/ der Ärztin																													
Straße																													
PLZ					Ort																								
Datum	T	T	M	M	J	J	J	J	Unterschrift/Stempel																				