



Ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit einer Haushaltshilfe

Name

Geburtsdatum

KVNr

Der/die Versicherte ist zur Weiterführung des Haushalts

vom _____ bis _____

- nicht mehr
 nur eingeschränkt

in der Lage

Grund (Diagnose)

Die Haushaltshilfe wird für folgende Dauer benötigt

vom	bis	für jeweils
		Std./Tag
		Std./Tag
		Std./Tag

Die Haushaltshilfe ist erforderlich aufgrund

- schwerer Erkrankung (chronisch akut)
 akuter Verschlimmerung einer Krankheit
 Schwangerschaft/Entbindung

Zusatzangaben:

- nach stat. Krankenhausbehandlung
 nach amb. Krankenhausbehandlung
 nach amb. Operation

zurück an

BKK Akzo Nobel Bayern

63784 Obernburg

Datum, Stempel, Unterschrift der Ärztin/des Arztes

**Die Angaben können nach Nr. 01621 BMÄ/E-GO
abgerechnet werden.**