

## Ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit einer Haushaltshilfe

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Versicherungsnummer, Geburtsdatum

Der/Die Versicherte ist zur Weiterführung des Haushaltes ab dem

nicht mehr in der Lage                       nur eingeschränkt in der Lage

### **Die Haushaltshilfe ist notwendig**

Von (Datum) \_\_\_\_\_ Bis (Datum) \_\_\_\_\_

für \_\_\_\_\_ Stunden     pro Arbeitstag     pro Tag     pro Woche

### **Die Haushaltshilfe ist notwendig wegen**

- akuter Erkrankung                       chronischer Erkrankung                       Schwangerschaft/Entbindung  
 akuter Verschlimmerung einer Erkrankung/schweren Krankheit                       nach ambulanter OP  
 nach stationärer Krankenhausbehandlung                       nach stationärer Rehabilitationsmaßnahme

wegen folgender Erkrankungen

\_\_\_\_\_  
Diagnose/n

### **Folgende Einschränkungen liegen vor**

- Zubereiten der Mahlzeiten     Reinigen der Wohnung     Einkaufen     Wäsche waschen  
 Beaufsichtigung/Betreuung der Kinder                       Komplette Bettruhe wurde verordnet  
 Eine teilweise Einschränkung in der Haushaltsführung oder Kinderbetreuung liegt vor  
 Heben/Tragen ab \_\_\_\_\_ kg     kein Bücken möglich  
 vollständige Bewegungsunfähigkeit liegt vor  
 Stehen für \_\_\_\_\_ Std. täglich möglich                       Gehhilfe für \_\_\_\_\_ Tage nötig

### **Ergänzende Angaben bei orthopädischen Erkrankungen**

- Teilbelastung ab \_\_\_\_\_ mit \_\_\_\_\_ kg möglich  
 Vollbelastung ab \_\_\_\_\_

### **Ergänzende Hinweise:**

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes