



## Ärztliches Attest zur Antragstellung von Leistungen im Rahmen der Haushaltshilfe

Frau/Herr:	geb.:
Anschrift:	
Versicherungsnummer:	

### Eine Haushaltshilfe ist erforderlich wegen

- einer akuten Erkrankung  
 oder Schwangerschaftsbeschwerden/Entbindung  
 oder akuter Verschlimmerung einer Erkrankung  oder schwerer Krankheit
- nach Krankenhausaufenthalt vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 nach ambulanter Krankenhausbehandlung vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 nach einer ambulanten Operation vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Medizinische Begründung (Diagnose und Befunde):

### Aufgrund dieser Erkrankung(en) ist die Haushaltsführung derzeit

- gar nicht  nur eingeschränkt möglich

### Es liegen Funktionseinschränkungen in folgenden Bereichen der Haushaltsführung vor:

- Zubereitung der Mahlzeiten  Reinigungsarbeit der Wohnung  
 Beaufsichtigung und Betreuung der Kinder  Einkaufen  
 sonstiges (z. B. Wäsche)  Heben und tragen ab \_\_\_\_\_ kg

Die Haushaltshilfe wird benötigt vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

für jeweils \_\_\_\_\_ Stunden pro Tag, für \_\_\_\_\_ Tage pro Woche.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift Arzt

- Für die Beantwortung dieser Anfrage ist die Ziffer 01620 EBM2000+ berechnungsfähig-