

Bescheinigung, Seite 1 zum Antrag auf Haushaltshilfe

DES ARZTES ÜBER DIE MEDIZINISCHE NOTWENDIGKEIT EINER HAUSHALTSHILFE

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

1. ANGABEN ZUR PERSON

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Versicherten-Nr.:

Aufgrund eines Antrags auf Haushaltshilfe Ihrer Patientin/Ihres Patienten sind wir auf Ihre ärztliche Mithilfe angewiesen und bitten Sie um Beantwortung folgender Fragen:

1. An welcher Erkrankung leidet die/der Versicherte?

☞ Angabe ICD-10 erforderlich!

Diagnose/n: _____

Befund/e: _____

Therapie/n: _____

Ist die Haushaltshilfe wegen Schwangerschaft oder Entbindung notwendig?

 ja nein

Voraussichtlicher Entbindungstermin: _____

Stellt die Schwangerschaft einen anormalen Verlauf, außergewöhnlich über das übliche Maß hinausgehende Beschwerden, dar?

 ja nein**Tit. 7.2.1 RdSchr. 14b – Haushaltshilfe**

(1) Für den Anspruch nach § 24h SGB V muss die Schwangerschaft oder die Entbindung ursächlich dafür sein, dass die Versicherte den Haushalt nicht weiterführen kann. Tritt als Folge der Schwangerschaft oder der Entbindung eine Krankheit ein, so ist sie kausal für die Verhinderung zur Weiterführung des Haushalts der Versicherten verantwortlich. Der Leistungsanspruch ist dann nach § 38 SGB V unter Berücksichtigung der dort geltenden Voraussetzungen zu beurteilen. **So liegt eine Krankheit bei einer Schwangerschaft so lange nicht vor, wie die Beschwerden über das beim Zustand der Schwangerschaft gewöhnliche Maß nicht hinausgehen (vgl. Abschnitt 9.5.2.1 "Abgrenzung Mutterschaftsgeld - Entgeltfortzahlung"). Handelt es sich also um Befindlichkeitsstörungen, die für die Schwangerschaft typisch sind und mit ihr kommen und gehen (BSG vom 15.09.1977 - 6 RKA 6/77), so resultiert der Anspruch auf Haushaltshilfe aus § 24h SGB V.**

Tit. 9.5.2.1 RdSchr. 14b – Abgrenzung Mutterschaftsgeld - Entgeltfortzahlung

- (1) Eine normal verlaufende Schwangerschaft stellt keine Krankheit im Sinne des Entgeltfortzahlungsrechts dar. **Dagegen stellt eine Schwangerschaft mit anormalem Verlauf, bei der außergewöhnliche, über das übliche Maß hinausgehende Beschwerden oder sonstige krankhafte Störungen auftreten, eine Krankheit dar (BAG vom 14.11.1984 - 5 AZR 394/82).** Eine Fortzahlung des Arbeitsentgelts im Krankheitsfalle kommt jedoch nur für Zeiten außerhalb der Schutzfristen der §§ 3 Abs. 2 und 6 Abs. 1 MuSchG in Betracht.

Bescheinigung, Seite 2 zum Antrag auf Haushaltshilfe

DES ARZTES ÜBER DIE MEDIZINISCHE NOTWENDIGKEIT EINER HAUSHALTSHILFE

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

2. Kann aufgrund der Erkrankung/Schwangerschaft der Haushalt weitergeführt werden?		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Ist Bettruhe verordnet?		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
3. Wurde Frau _____ im Krankenhaus behandelt?		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
• Wenn ja, wie erfolgte die Behandlung?		
<input type="checkbox"/> stationär		
<input type="checkbox"/> ambulant		
<input type="checkbox"/> ambulante OP		
• Behandlungszeitraum:		
von _____ bis _____		
• Kann die Krankenhausbehandlung durch die Gewährung einer Haushaltshilfe verkürzt oder sogar vermieden werden?		
<input type="checkbox"/> ja, um _____ Tage verkürzt <input type="checkbox"/> ja, generell vermieden <input type="checkbox"/> nein		
4. Welche Tätigkeiten können vom Versicherten noch selbst verrichtet werden?		
	Ja	Nein
Zubereitung der Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reinigen der Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In welchem Umfang ist eine Kinderbetreuung möglich?		
in vollem Umfang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weitestgehend, aber kein Tragen oder Heben von Kleinkindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in geringem Umfang ; z.B. Hausaufgabenhilfe, Spielen ohne viel Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder auf dem Schulweg oder Kindergartenweg begleiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eine Kinderbetreuung ist nicht möglich, bzw. zumutbar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folgende sonstige Aufgaben der Kinderbetreuung sind möglich:		

Zeitraum der erforderlichen Haushaltshilfe vom: _____ bis: _____		
Täglich notwendiger Hilfebedarf Stunde(n) _____ pro Tag		
Wöchentlich notwendiger Hilfebedarf Tag(e) _____ pro Woche		
X	X	
Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Arztes	

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Für die Angaben des Arztes ist die Nummer 01620 EBM berechnungsfähig.

Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Prüfung der Leistungspflicht und Erbringung von Haushaltshilfe nach § 38 SGB V erhoben und verarbeitet. Sie sind nach § 294 SGB V verpflichtet, uns die erforderlichen Angaben zu machen. Die datenschutzrechtlichen Hinweise und Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter www.bkk-da.de oder fordern Sie diese Informationen gerne direkt bei uns unter datenschutz@bkk-da.de oder per Post BKK_DürkoppAdler, Datenschutzbeauftragter, Stieghorster Str. 66, 33605 Bielefeld an.