

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?	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
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 _____ 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	

Bescheinigung, Seite 2 zum Antrag auf Haushaltshilfe

DES ARZTES ÜBER DIE MEDIZINISCHE NOTWENDIGKEIT EINER HAUSHALTSHILFE

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

<p>4. Trat bei eine akute Verschlimmerung einer Krankheit ein?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>• Wenn ja, wann trat eine Verschlimmerung ein?</p> <hr/> <p>• Wodurch kam es zu einer Verschlimmerung?</p> <hr/>																	
<p>5. Liegt Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI vor?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>• Wenn ja, wann wurde ein Antrag gestellt?</p> <hr/> <p>Besteht Bedarf auf häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>• Wenn ja, welche Art von Versorgung ist erforderlich?</p> <hr/>																	
<p>6. Welche Tätigkeiten können vom Versicherten noch selbst verrichtet werden?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Ja</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zubereitung der Mahlzeiten</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Reinigen der Wohnung</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Einkaufen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Grundpflege</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Zeitraum der erforderlichen Haushaltshilfe vom: _____ bis: _____</p> <p>Täglich notwendiger Hilfebedarf Stunde(n) _____ pro Tag</p> <p>Wöchentlich notwendiger Hilfebedarf Tag(e) _____ pro Woche</p>				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"/>	Grundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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"/>															
Grundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
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.