



Vorname und Name

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

Versichertennummer

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe
14456 Potsdam

Ärztliche Bescheinigung zum Antrag auf Haushaltshilfe

Eine Haushaltshilfeleistung ist aus medizinischer Sicht erforderlich

nein ja, vom _____ bis _____

wegen

- Schwangerschaft/Entbindung, (voraussichtliche) Entbindung am _____
- akuter schwerer Erkrankung
- akuter Verschlimmerung einer Krankheit
- chronischer Erkrankung
- Chemo-/Strahlentherapie in der Zeit vom _____ bis _____
(Bitte Therapieplan beifügen!)

Diagnose/n: _____

strenge Bettruhe ist angezeigt

Die Weiterführung des Haushaltes bzw. die Betreuung des Kindes/der Kinder ist wegen folgender physischen/psychischen Einschränkung/en nicht möglich:

Folgende Tätigkeiten können aus Anlass der akuten Situation von der Patientin/dem Patienten nicht selbst verrichtet werden:

- Einkäufe
- Zubereiten von Mahlzeiten
- Säuberung der Wohnung/der Wäsche
- Beaufsichtigung und Betreuung der Kinder

Sonstiges: _____

Datum, Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes, ggf. Unterschrift der Hebamme
Hinweis: Für die Ausstellung dieser Bescheinigung ist die Nummer 01622 EBM berechnungsfähig.