

# Antrag auf Haushaltshilfe

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Versicherten-Nr.

\_\_\_\_\_  
Familienstand

\_\_\_\_\_  
Tägliche berufliche Abwesenheit

Tage, an denen regelmäßig gearbeitet wird:

- Montag  Dienstag  Mittwoch  Donnerstag  Freitag  Samstag  Sonntag

### Grund für den Antrag auf Haushaltshilfe:

- Krankenhausbehandlung       Kuraufenthalt  
 Häusliche Krankenpflege\*       Krankheit\*       Schwangerschaft\*  
 \_\_\_\_\_\*

(\* Bitte Bescheinigung Ihres behandelnden Arztes beifügen)

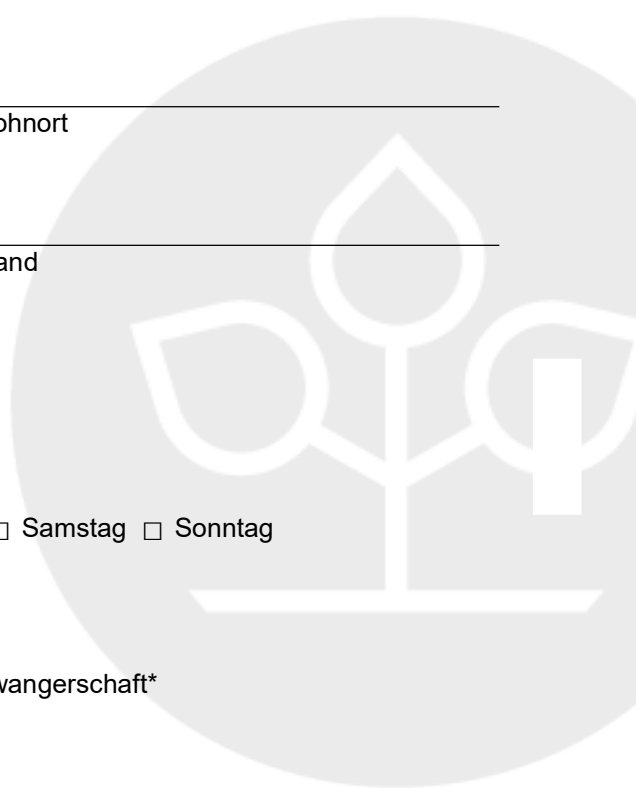
Aus dem o. g. Grund kann ich vom \_\_\_\_\_ bis voraussichtlich \_\_\_\_\_  
meinen Haushalt nicht weiterführen.

### In meinem Haushalt leben:

Name, Vorname, Geb.-Datum	Kindergarten / Schule / berufstätig	Bei welcher Krankenkasse versichert?
	tägl. von _____ bis _____ Uhr	
Name, Vorname, Geb.-Datum	Kindergarten / Schule / berufstätig	Bei welcher Krankenkasse versichert?
	tägl. von _____ bis _____ Uhr	
Name, Vorname, Geb.-Datum	Kindergarten / Schule / berufstätig	Bei welcher Krankenkasse versichert?
	tägl. von _____ bis _____ Uhr	
Name, Vorname, Geb.-Datum	Kindergarten / Schule / berufstätig	Bei welcher Krankenkasse versichert?
	tägl. von _____ bis _____ Uhr	

Kann eine der im Haushalt lebenden Personen den Haushalt weiterführen?

- Nein  Ja, Name: \_\_\_\_\_



**Der Haushalt soll weitergeführt werden durch:**

meinen Ehepartner (bei unbezahltem Urlaub) Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Personalien zur Ersatzkraft, inkl. Adresse und evtl. Krankenkasse

Bitte lassen Sie die beiliegende Erklärung von der Ersatzkraft ausfüllen.

Ich bin / mein Ehepartner ist mit der Haushaltshilfe verwandt / verschwägert:  ja  nein

Voraussichtliche Kosten der Haushaltshilfe: EUR \_\_\_\_\_ täglich

**Meine Bankverbindung:**

\_\_\_\_\_

IBAN

**Für eventuelle Rückfragen bitte angeben:**

\_\_\_\_\_

Telefonnummer\*

\_\_\_\_\_

Mobilnummer\*

\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse\*

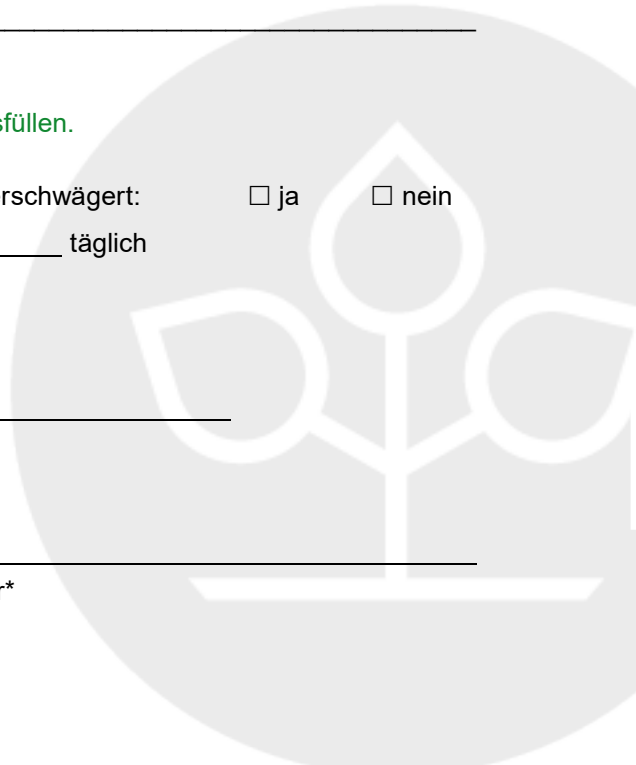
**Datenschutzhinweis:**

Die vorgenannten personenbezogenen Daten sind für die Beurteilung des Leistungsanspruchs auf Haushaltshilfe erforderlich. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung sind die §§ 284 Abs. 1 Nr. 4 i.V.m. 38 SGB V. Die Daten werden ausschließlich für die Zwecke der Leistungsentscheidung gespeichert und verwendet. Ihr Mitwirken ist nach §§ 60 SGB I und 206 SGB V erforderlich. Ohne Ihre Mitwirkung kann über den Leistungsanspruch nicht entschieden werden. Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme bei eventuellen Rückfragen bitten wir Sie um freiwillige Angabe (\*) Ihrer Telefonnummer / Mobilfunknummer / E-Mail-Adresse.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter <https://aok.de/rps/datenschutzrechte> oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg oder unseren Datenschutzbeauftragten unter [datenschutz@rps.aok.de](mailto:datenschutz@rps.aok.de).

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift des Versicherten



**AOK Rheinland-Pfalz/Saarland  
Die Gesundheitskasse**

Name und Vorname des Mitgliedes	Geburtsdatum
Versichertennummer	
Name, Vorname des Angehörigen	Geburtsdatum

Sachbearbeiter/in:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit einer Haushaltshilfe**

**wegen einer Erkrankung**

Die/der Versicherte ist ab \_\_\_\_\_ wegen (Diagnose) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

nicht mehr  nur noch eingeschränkt zur Weiterführung des Haushalts in der Lage.

Es liegt eine akute schwere Krankheit vor  nein  ja, ab \_\_\_\_\_

Die Erkrankung ist als chronisch einzustufen  nein  ja, ab \_\_\_\_\_

Es handelt sich um eine akute Verschlimmerung einer bereits bestehenden Erkrankung  nein  ja, ab \_\_\_\_\_

Es liegt ein Pflegefall vor  nein  ja, ab \_\_\_\_\_

**wegen Schwangerschaft oder Entbindung**

Die Versicherte ist ab \_\_\_\_\_ wegen (Diagnose) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

nicht mehr  nur noch eingeschränkt zur Weiterführung des Haushalts in der Lage.

**Bitte grundsätzlich ausfüllen**

Die Haushaltshilfe wird für die Dauer von \_\_\_\_\_  Tagen  Wochen  
für jeweils \_\_\_\_\_ Stunden täglich benötigt.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Stempel und Unterschrift

Für Ihre Stellungnahme ist die EBM-Ziffer 01620 abrechnungsfähig.

Die Anforderung von Informationen ist nach § 36 Abs. 1 und 3 BMV-Ä i.V.m. § 73 Abs. 2 Nr. 9 SGB V zulässig.