

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

Name und Vorname des Mitgliedes	Geburtsdatum
Versichertennummer	

**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.