

**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.