

Name, Vorname des Mitglieds geb. am

**KVNR** \_\_\_\_\_

Name, Vorname des Angehörigen geb. am

**Ärztliche Bescheinigung**  
**über die Notwendigkeit einer Haushaltshilfe**  
zur Abgabe bei der Krankenkasse

- wegen einer akuten Erkrankung
- oder eines akuten Schubs einer chronischen Erkrankung
- wegen Schwangerschaft
- oder Entbindung
- Leistung nach § 38 SGB V

(Voraussetzung für die Gewährung einer Haushaltshilfe ist, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. )

**Die/ der Versicherte benötigt ab dem:** \_\_\_\_\_  
**Haushaltshilfe,**

weil Krankenhausbehandlung

- geboten, aber nicht ausführbar ist
- dadurch nicht erforderlich wird
- dadurch abgekürzt werden kann
- das Ziel der ärztlichen Behandlung dadurch gesichert wird
- nur noch eingeschränkt in der Lage,  
die Kinder zu versorgen und den Haushalt zu führen
- zur Rehabilitation nach Entbindung
- wegen psychischer /physischer Überbelastung
- zur Rehabilitation nach OP oder Krankenhausaufenthalt
- wegen einer psychischen Erkrankung

**Diagnose / Befund:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bitte grundsätzlich ausfüllen:**

Die Haushaltshilfe wird für täglich 4 5 6 7 8 9 Stunden benötigt.

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes

