

Ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit einer Haushaltshilfe

Name/Vorname

Str./Nr.

PLZ/Ort

Versicherten-Nr.

Die Weiterführung des Haushaltes ist o. g. Patientin aufgrund von

Diagnose(n)

- nicht mehr möglich (Bettruhe ja / nein)
 nur eingeschränkt möglich

Die Haushaltsführung ist ab dem dem _____ bis einschließlich zum
_____ für jeweils _____ Stunden täglich erforderlich.

Die Haushaltshilfe ist wegen einer akuten Erkrankung
 eines Unfalles
 einer Schwangerschaft/Entbindung
 sonstiges _____
notwendig.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift