

Techniker Krankenkasse
20908 Hamburg

Haushaltshilfe – Angaben der Ärztin bzw. des Arztes

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen und Unterschrift nicht vergessen.

Angaben zur bzw. zum Versicherten

Vorname _____

Nachname _____

Geburtsdatum _____

Ihre Angaben können Sie nach § 18 BMV-Ä/ EKV abrechnen (EBM-Ziffer 01621).

Angaben zur Haushaltshilfe

Sie bzw. er kann wegen ihrer bzw. seiner Krankheit den Haushalt nicht mehr selbst führen. Die TK bezahlt die Behandlung.

Sie bzw. er braucht eine Haushaltshilfe

vom _____ bis zum _____
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

für _____, _____ Stunden pro Tag

Diagnose / Befund _____

ICD-Schlüssel _____

☐ Sie bzw. er ist bettlägerig.

☐ Sie bzw. er ist dauerhaft erkrankt. Eine Besserung ist nicht abzusehen.

Die letzte Behandlung oder Untersuchung war am _____
Tag Monat Jahr

Folgende Aufgaben im Haushalt und der Kinderbetreuung kann sie bzw. er wegen ihrer bzw. seiner Krankheit nicht übernehmen:

z. B. Essen zubereiten, Kind beaufsichtigen

510102486208



Ergänzende Angabe

- ☐ Die Ursache der Erkrankung ist eine anerkannte Schädigung im Sinne des Sozialen Entschädigungsrechts (SER).

Angaben für Rückfragen

Telefon

freiwillige Angabe

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben richtig sind. Bitte teilen Sie uns Änderungen so schnell wie möglich mit.

Datum, Unterschrift, Stempel der Ärztin / des Arztes

Die persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben richtig zu erledigen. Die Rechtsgrundlagen hierfür sind § 284 SGB V i. V. m. § 60 SGB I und § 21 SGB X.

510102486208

