

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
Leistungen und Services
14456 Potsdam

Vorname und Name

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

Versichertennummer

Ärztliche Bescheinigung zum Antrag auf Haushaltshilfe

Eine Haushaltshilfeleistung ist aus medizinischer Sicht erforderlich

☐ nein ☐ ja, vom _____ bis _____

wegen

- ☐ Schwangerschaft/Entbindung, (voraussichtliche) Entbindung am _____
- ☐ akuter schwerer Erkrankung
- ☐ akuter Verschlimmerung einer Krankheit
- ☐ chronischer Erkrankung
- ☐ Chemo-/Strahlentherapie in der Zeit vom _____ bis _____
(Bitte Therapieplan beifügen!)

Diagnose/n: _____

☐ strenge Bettruhe ist angezeigt

Die Weiterführung des Haushaltes ist wegen folgender Einschränkung/en nicht möglich:

Folgende Tätigkeiten können aus Anlass der akuten Situation von der Patientin/dem Patienten nicht selbst verrichtet werden:

- | | |
|---|--|
| ☐ Einkäufe | ☐ Zubereiten von Mahlzeiten |
| ☐ Säuberung der Wohnung/der Wäsche | ☐ Betreuung der Kinder |

☐ Sonstiges: _____

Datum, Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes, ggf. Unterschrift der Hebamme
Hinweis: Für die Ausstellung dieser Bescheinigung ist die Nummer 01622 EBM berechnungsfähig.