

Absender:

AOK – Die Gesundheitskasse
für Niedersachsen
Servicezentrum

Antrag auf Haushaltshilfe

Guten Tag,

den "Antrag auf Haushaltshilfe" habe ich unterschrieben beigefügt.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Anlage

Name, Vorname; Krankenversichertennummer: _____

Antrag auf Haushaltshilfe (§ 38 SGB V)

Die Weiterführung des Haushaltes ist mir zurzeit nicht möglich. Ich beantrage Haushaltshilfe wegen:

- einer stationären Krankenhausbehandlung vom _____ bis _____
Kostenträger: _____
- einer Reha-Maßnahme/Kur vom _____ bis _____
Kostenträger: _____
- einer akuten Erkrankung vom _____ bis _____ *)
- einer schweren Krankheit oder akuten Verschlimmerung einer Krankheit (insbesondere nach einer stationären oder ambulanten Krankenhausbehandlung, ambulanten Operation) vom _____ bis _____ *)
- einer aus medizinischen Gründen erforderlichen Begleitung eines Versicherten. *)

*) Bitte reichen Sie zusätzlich die ärztliche Bescheinigung ein.

Angaben zum Haushalt

In meinem Haushalt leben folgende Kinder:

(bitte auch nicht AOK-versicherte Kinder auflisten und ggf. angeben, ob ein behindertes Kind in Ihrem Haushalt lebt)

Name, Vorname	Geburtsdatum	Kindergarten, Schule o.ä.	täglich von- bis Uhr
			-
			-
			-
			-
			-
			-

In meinem Haushalt leben außer mir noch folgende Personen:

(bitte auch nicht AOK-versicherte Angehörige auflisten)

Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	Führt den Haushalt nicht weiter, weil...

Angabe über die Haushaltsführung vor dem Tag, von dem an Haushaltshilfe beantragt wird

Ich bin infolge meiner Beschäftigung nicht zu Hause:

Montag bis Freitag von _____ bis _____ Uhr
 Samstag von _____ bis _____ Uhr
 Sonntag von _____ bis _____ Uhr

Mein Ehe-/Lebenspartner¹/Lebensgefährte ist infolge seiner Beschäftigung nicht zu Hause:

Montag bis Freitag von _____ bis _____ Uhr
 Samstag von _____ bis _____ Uhr
 Sonntag von _____ bis _____ Uhr

Der Haushalt wurde bisher geführt von: mir
 meinem Ehegatten/Lebensgefährten¹
 einer anderen im Haushalt lebenden Person

Die Kinder wurden bisher betreut durch: _____
 Name der Person oder Einrichtung (Kindergarten)

¹ gilt für gleichgeschlechtliche Paare nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz

Ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit
einer Haushaltshilfe

für _____
Name, Vorname, Geb.-Datum, Versichertennummer

Die Haushaltshilfe ist erforderlich wegen

<input type="checkbox"/> akuter Erkrankung
<input type="checkbox"/> oder Schwangerschaftsbeschwerden/Entbindung
<input type="checkbox"/> oder akuter Verschlimmerung einer Erkrankung <input type="checkbox"/> oder schwerer Krankheit
<input type="checkbox"/> nach Krankenhausaufenthalt vom _____ bis _____
<input type="checkbox"/> nach ambulanter Krankenhausbehandlung vom _____ bis _____
<input type="checkbox"/> nach einer ambulanten Operation vom _____ bis _____

Grund (festgestellte Diagnosen und Befunde):

Der obengenannte Versicherte ist zur Weiterführung des Haushaltes

<input type="checkbox"/> nicht mehr	<input type="checkbox"/> nur eingeschränkt	in der Lage
-------------------------------------	--	-------------

Folgende Tätigkeiten können bzw. dürfen nicht ausgeübt werden

<input type="checkbox"/> Kochen, Essen zubereiten	<input type="checkbox"/> Einkaufen	<input type="checkbox"/> Wäsche waschen
<input type="checkbox"/> Reinigung der Wohnung	<input type="checkbox"/> Bügeln	<input type="checkbox"/> Heben und Tragen ab _____ kg
<input type="checkbox"/> Beaufsichtigung und Betreuung der Kinder		

Die Haushaltshilfe wird benötigt

vom _____ bis _____

für jeweils _____ Stunden pro Tag, für _____ Tage pro Woche.

Ergänzende Hinweise: (z.B. Fieber, Bettlägerigkeit):

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift
der Ärztin/des Arztes