

Versichertennummer:

Haushaltshilfe – Ärztliches Attest		
Name, Vorname des Versicherten:		
Info an den Arzt: Bitte ergänzen Sie das Formular vollständig.		
<p>Ein Anspruch auf Haushaltshilfe besteht nur bei begründeten medizinischen Einschränkungen. Die Versorgung der Kinder steht gegenüber der Haushaltsführung im Vordergrund. Leben weitere Personen (Ehegatten, Lebenspartner, ältere Kinder,...) im Haushalt, geht die Haushaltsführung auf diese über. Das Ziel der Haushaltshilfe ist die Sicherstellung der Kinderversorgung und Haushaltsführung unter Berücksichtigung des § 12 SGB V (ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung, nicht das Maß des Notwendigen überschreitend).</p>		
1. Angaben zum Grund der Haushaltshilfe mit Diagnose & ICD 10:		
Bitte zwingend auswählen:		
<input type="checkbox"/> Eine medizinische Notwendigkeit der Haushaltshilfe lässt sich jedoch nicht feststellen. <input type="checkbox"/> Es handelt sich um eine chronische Erkrankung ohne akute Verschlimmerung. <input type="checkbox"/> Es handelt sich um eine chronische Erkrankung mit akuter Verschlimmerung; <i>Datum der akuten Verschlimmerung:</i> _____ <input type="checkbox"/> Eine akute schwere Krankheit liegt vor (insbes. nach stationären oder ambulanten Krankenhausbehandlungen, ambulanten OP's) <input type="checkbox"/> Eine akute Verschlimmerung einer Krankheit liegt vor. <input type="checkbox"/> Es liegen Beschwerden aufgrund einer Schwangerschaft vor. <i>Mutmaßlicher Entbindungstermin:</i> _____ <input type="checkbox"/> Eine außergewöhnliche Einschränkung nach Entbindung (Diagnose siehe oben) liegt vor.		
2. Welche Funktionseinschränkungen machen den Bedarf der beantragten Haushaltshilfe notwendig? (z. B. Bettruhe notwendig, laufen an Unterarmgehstützen erforderlich aufgrund Entlastung oder Teilbelastung, etc.)		
3. Angaben zum benötigten Bedarf der Haushaltshilfe:		
<input type="checkbox"/> Kinder beaufsichtigen	<input type="checkbox"/> Kinder versorgen	<input type="checkbox"/> Wohnung reinigen
<input type="checkbox"/> einkaufen	<input type="checkbox"/> Mahlzeiten zubereiten	<input type="checkbox"/> Wäsche waschen
4. Umfang der benötigten Haushaltshilfe:		
Datum von _____ bis _____ für _____ Stunden täglich, an _____ Tagen in der Woche		
Datum		Stempel, Unterschrift

-Für die Angaben des Arztes ist die Ziffer 01622EBM 2000plus berechnungsfähig-

Nutzen Sie für die Zusendung den für Sie einfachsten Weg:

meineBIG online	big-direkt.de/meinebig	Datenschutz bei der BIG Als gesetzliche Krankenkasse gehen wir mit Ihren Daten sensibel und sorgfältig um. In diesem Formular erfragen wir personenbezogene Daten, um einen Antrag auf Haushaltshilfe nach § 38 SGB V (wegen Erkrankung) bzw. § 24h SGB V (wegen Schwangerschaft + Entbindung) zu bearbeiten. Personenbezogene Daten geben wir nur im Rahmen gesetzlicher Vorschriften an Dritte weiter. Hier erhobene Daten speichern wir für 6 Jahre und löschen sie dann.
E-Mail:	info@big-direkt.de	
Fax:	0231.5557-199	
Post:	BIG direkt gesund Postfach 10 06 42 44006 Dortmund	

www.big-direkt.de

BIG direkt gesund
Rheinische Straße 1
44137 Dortmund

Kostenloser
24h-Direktservice
0800.54565456

Fon 0231.5557-0
Fax 0231.5557-199
info@big-direkt.de