

Betriebskrankenkasse der BMW AG

Regionalbüro Dingolfing

Ärztliche Bescheinigung für Haushaltshilfe

Name: _____, geb. _____ KV-Nr.: _____

1. Haushaltshilfe bei ambulanter Behandlung

Welche konkreten Funktionsstörungen / Mobilitätseinschränkungen beeinflussen den Patient (bitte genau beschreiben)?

Ist die Führung des Haushaltes möglich?

ja teilweise nein Bettruhe vom _____ bis _____

Eine Haushaltshilfe ist zwingend medizinisch notwendig für _____ Stunden pro Tag.

Voraussichtliche Dauer der Funktionseinschränkung (bitte maximal für 14 Tage bescheinigen) vom _____ bis _____

2. Haushaltshilfe zur Vermeidung von Krankenhausbehandlung

Diagnose: _____

Welche konkreten Funktionsstörungen / Mobilitätseinschränkungen begründen eine Krankenhausbehandlung?

Eine stationäre Behandlung wäre deshalb notwendig vom _____ bis _____

Durch die Gewährung von Haushaltshilfe wird eine ansonsten gebotene stationäre Behandlung vermieden ja nein

3. Haushaltshilfe wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit

Stationäre Krankenhausbehandlung vom _____ bis _____

Welche krankheitsbedingten Beeinträchtigungen insbesondere in Folge einer Krankenhausbehandlung, einer ambulanten Operation, einer ambulanten Krankenhausbehandlung sowie in vergleichbaren Fallkonstellationen liegen vor (bitte genau beschreiben)?

Ärztliche Bescheinigung für Haushaltshilfe

Liegt ein Hilfebedarf bei der hauswirtschaftlichen Versorgung vor?

ja nein

Besteht ein Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege?

ja nein

Wird / wurde eine Verordnung für Häusliche Krankenpflege ausgestellt?

ja nein

Liegt Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI vor? ja nein

Ist die Führung des Haushaltes möglich?

ja teilweise nein Bettruhe vom _____ bis _____

Eine Haushaltshilfe ist zwingend medizinisch notwendig für _____ Stunden pro Tag.

Voraussichtliche Dauer der Funktionseinschränkung vom _____ bis _____

4. Haushaltshilfe zur Verkürzung von Krankenhausbehandlung

Die am _____ begonnene stationäre Behandlung konnte abgekürzt werden

ja, für die Zeit vom _____ bis _____ nein

5. Haushaltshilfe bei Schwangerschaft

Diagnose / Befund:

Bettruhe vom _____ bis _____

Die Funktionseinschränkung besteht voraussichtlich vom _____ bis _____

Voraussichtlicher Entbindungstag _____

Datum, Unterschrift und Stempel des Arztes
(Diese Bescheinigung ist nach EBM/BMÄ abrechenbar.)