

## Betriebskrankenkasse der BMW AG

### Ärztliche Bescheinigung für Haushaltshilfe Von Ihrem Arzt auszufüllen!

Für \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_ KV-Nr.: \_\_\_\_\_

#### 1. Informationen über Gesundheitszustand und Einschränkung

Diagnose: \_\_\_\_\_

Genauere Beschreibung der vorliegenden gesundheitlichen Einschränkungen:

---

---

---

---

- Es ist **Bettruhe** verordnet vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- Die Patientin ist **schwanger** mit voraussichtlichem Entbindungstag am \_\_\_\_\_
- Durch die Haushaltshilfe wird ein **stationärer Aufenthalt**
- verkürzt vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  vermieden vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- Es wird / wurde eine Verordnung für **Häusliche Krankenpflege** ausgestellt
- Es liegt **Pflegebedürftigkeit** nach dem Sozialgesetzbuch XI vor

#### 2. Einschätzung der Möglichkeit zur Haushaltsführung

Der / die Versicherte kann folgende Tätigkeiten noch selbst verrichten:

- |                            |                             |                               |
|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Zubereitung der Mahlzeiten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Reinigen der Wohnung       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Einkaufen                  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Bei Kinderbetreuung:

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Beaufsichtigung/ Betreuung der Kinder          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Heben / Tragen von Kleinkindern                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Begleitung auf dem Schul- oder Kindergartenweg | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Die Haushaltshilfe ist notwendig: vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
(bitte maximal für 14 Tage bescheinigen)

täglich \_\_\_\_\_ Stunden an \_\_\_\_\_ Tagen pro Woche



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