

Fax-Nr. : 0521/26077-30

BKK Dürkopp Adler
Potsdamer Straße 190
33719 Bielefeld

Ärztliche Bescheinigung zum Antrag auf Haushaltshilfe

Name und Geb.-Datum des/der Versicherten :

* zutreffendes bitte ankreuzen bzw. entsprechende Ergänzung vornehmen

- Eine Haushaltshilfe ist erforderlich, da die oben genannte Versicherte den Haushalt wegen Krankheit nicht fortführen kann.

ja nein

- Durch die Stellung einer Haushaltshilfe wird ein Krankenhausaufenthalt verkürzt.

ja, um _____Tage nein

- Durch die Stellung einer Haushaltshilfe wird ein Krankenhausaufenthalt vermieden.

ja nein

- Die Haushaltshilfe ist für folgenden Zeitraum erforderlich

•
Zeitraum: _____

Std. pro Tag: _____

- Frau leidet unter folgender Erkrankung:

•
Diagnose: _____

Datum

Stempel u. Unterschrift d. Arztes