

Antrag auf Haushaltshilfe

Die nachstehenden Daten sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich; sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches (SGB) erhoben und zum Zweck der Datenverarbeitung gespeichert.

Personalien des Mitglieds										
Name, Vorname und ggf. Geburtsname	Versichertennummer	Tätigkeit/Beruf	Berufstätig an folgenden Tagen							
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	von-bis Uhr
Anschrift		Arbeitgeber/Versicherungsverhältnis								

Ehegatte										
Name, Vorname und ggf. Geburtsname	Geburtstag	Tätigkeit/Beruf	Berufstätig an folgenden Tagen							
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	von-bis Uhr
selbst krankenversichert bei										

Kinder unter 12 Jahren/behinderte Kinder										
Name, Vorname	Geburtstag	das Kind wird betreut	an folgenden Tagen							
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	von-bis
		☐ im Kindergarten, Tagesstätte usw.								Uhr
		☐ sonst. Betreuung außer Haus								Uhr
		☐ im Kindergarten, Tagesstätte usw.								Uhr
		☐ sonst. Betreuung außer Haus								Uhr
		☐ im Kindergarten, Tagesstätte usw.								Uhr
		☐ sonst. Betreuung außer Haus								Uhr

Das unter der lfd. Nr. _____ aufgeführte Kind ist behindert. Eine ärztliche Bescheinigung über die Art der Behinderung ist beigelegt.

Weitere im Familienhaushalt des Versicherten lebende Personen										
Name, Vorname	Geburtstag	kann den Haushalt nicht weiterführen, weil, (Angabe des Grundes)	Berufstätig an folgenden Tagen							
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	von-bis
										Uhr
										Uhr
										Uhr
										Uhr
										Uhr
										Uhr

In Behandlung begibt/befindet sich ☐ der Versicherte selbst ☐ der Ehegatte
Haushaltshilfe wird beantragt für die Zeit vom _____ bis _____

Krankenhaus/Entbindungsstation/Kurheim	seit	Krankenhausursache
Häusliche Krankenbehandlung verordnet durch Arzt	seit	Erkrankungsursache

Antrag auf Haushaltshilfe (Seite 2)

Die nachstehenden Daten sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich; sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches (SGB) erhoben und zum Zweck der Datenverarbeitung gespeichert.

Ich beantrage

- ☐ Auslagenersatz für die Weiterführung des Haushaltes durch Verwandte
- ☐ angemessenen Kostenersatz für eine selbstbeschaffte fremde Haushaltshilfe
- ☐ Kostenersatz für Haushaltshilfe durch Ersatzkraft einer caritativen Einrichtung wie z. B. Sozialstation
- ☐ Ersatz für Verdienstausschlag wegen unbezahltem Urlaub

Die Gewährung von Haushaltshilfen ist notwendig, weil keine der im Haushalt lebenden Personen den Haushalt weiterführen kann.

Der Haushalt wurde bisher ☐ von mir ☐ von meinem Ehegatten ☐ von sonstiger Person geführt.

Für die Dauer der genannten Behandlung wird das unter 12 Jahre alte Kind regelmäßig an folgenden Tagen der Woche untergebracht:

in meinem Haushalt

(entsprechende Tage ankreuzen)

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

außerhalb meines Haushalts, bei:

Name

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Anschrift

Als selbstbeschaffte Haushaltshilfe habe ich vorgesehen:

Name, Vorname sowie ggf. Geburtsname, Anschrift	Beruf/ Arbeitgeber
Arbeitgeber	

Mit dem Versicherten verwandt oder verschwägert?

☐ nein ☐ ja, und zwar

Ist die Haushaltshilfe mit Ihnen zum 2. Grade verwandt oder verschwägert, können nur die erforderlichen Fahrkosten und der Verdienstausschlag erstattet werden, vorausgesetzt, dass diese in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten stehen.

Es entstehen mir (voraussichtlich) Kosten von _____ € je Stunde für _____ täglich.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückerstattet werden müssen. Änderungen, welche sich während der Tätigkeit der Haushaltshilfe ergeben, werde ich der Betriebskrankenkasse unverzüglich mitteilen.

Datum

Unterschrift

Bitte geben Sie uns für eine schnelle Kontaktaufnahme Ihre Telefonnummer an:

Genehmigung				
für die Zeit vom - bis	€ je Stunde	täglich für	Höchstbetrag pro Tag	Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse
	€	Std.	€	

Datenschutzhinweis: Die Datenerhebung erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der novitas bkk erforderlich. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung nach Artikel 13 DSGVO erhalten Sie im Internet unter novitas-bkk.de/datenschutz

Bitte zurück an:
novitas bkk
47050 Duisburg

Ärztliche Stellungnahme zur Notwendigkeit von Haushaltshilfe

Name, Vorname	Versicherten	Geburtsdatum
Adresse	Krankenversicherungsnummer:	

1. Eine Haushaltshilfe ist erforderlich wegen

- | | |
|--|---|
| ☐ schwerer Erkrankung nach | ☐ akuter Verschlimmerung einer Erkrankung |
| ☐ Krankenhausaufenthalt | ☐ ambulanter Operation |
| ☐ ambulanter Krankenhausbehandlung | ☐ häusliche Krankenpflege |
| ☐ Vorsorge-/ Rehabilitationsleistung oder wegen | ☐ Schwangerschaftsbeschwerden / Entbindung |

Grund (festgestellte Diagnosen und Befunde):

-
- ☐ ist zur Weiterführung des Haushaltes
- | | | |
|-------------------------------------|--|--------------------------------------|
| ☐ nicht mehr | ☐ nur eingeschränkt | ☐ in der Lage |
|-------------------------------------|--|--------------------------------------|

2. Besteht Bettlägerigkeit?

- | | | |
|--|--|-------------------------------|
| ☐ Ja, vollständig | ☐ Ja, teilweise | ☐ Nein |
|--|--|-------------------------------|

3. Es liegen Funktionseinschränkungen in folgenden Bereichen vor:

- ☐ Zubereiten der Mahlzeiten
 - ☐ Reinigen der Wohnung
 - ☐ Beaufsichtigung und Betreuung der Kinder
 - ☐ Einkaufen
 - ☐ Sonstiges (z. B. Wäsche):
-

4. In welchem Umfang ist eine Kinderbetreuung zumutbar?

- ☐ in vollem Umfang ☐ weitestgehend, aber kein Tragen oder Heben von Kleinkindern
 - ☐ in geringem Umfang; z. B. Hausaufgabenhilfe, Spiele ohne viel Bewegung; Kinder auf dem Schulweg oder Kindergartenweg begleiten
 - ☐ Folgende sonstige Aufgaben der Kinderbetreuung sind möglich
-

- ☐ Eine Kinderbetreuung ist nicht möglich, bzw. zumutbar

5. Für welchen Zeitraum und im welchen Umfang soll die Haushaltshilfe erbracht werden?

Vom: _____ bis _____
für _____ Stunden pro Tag
für _____ Stunden pro Woche

6. Bemerkung:

7. Die Haushaltshilfe ist wegen der folgenden Diagnosen und daraus resultierenden krankheitsbedingten Beeinträchtigungen medizinisch indiziert (bitte Krankenhausentlassungsbericht/OP-Bericht/Befundbericht § 116 b SGBV beifügen):

Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Für die Ausstellung ist die EBM-Ziffer 01621 abrechnungsfähig

Datenschutzhinweis: Die Datenerhebung erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der novitas bkk erforderlich. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung nach Artikel 13 DSGVO erhalten Sie im Internet unter novitas-bkk.de/datenschutz