

Meine Kinder werden normalerweise außer Haus betreut von (z. B. Schule, Kindergarten, Tagesmutter):

Montag _____ bis _____ Uhr

Dienstag _____ bis _____ Uhr

Mittwoch _____ bis _____ Uhr

Donnerstag _____ bis _____ Uhr

Freitag _____ bis _____ Uhr

Samstag _____ bis _____ Uhr

Sonntag _____ bis _____ Uhr

Während der Zeit der Haushaltshilfe werden meine Kinder außer Haus versorgt von:

_____ und zwar an folgenden Tagen:

_____ von _____ bis _____ Uhr

Den Haushalt führt weiter:

Name, Vorname und Anschrift bzw. Firma (z. B. Arbeiterwohlfahrt, Caritas)

Meine Haushaltshilfe ist nicht berufstätig berufstätig

Meine Haushaltshilfe ist nicht mit mir verwandt oder verschwägert wie folgt mit mir verwandt oder verschwägert:

Meine Haushaltshilfe ist an folgenden Tagen notwendig:

Montag _____ bis _____ Uhr

Dienstag _____ bis _____ Uhr

Mittwoch _____ bis _____ Uhr

Donnerstag _____ bis _____ Uhr

Freitag _____ bis _____ Uhr

Samstag _____ bis _____ Uhr

Sonntag _____ bis _____ Uhr

Ich werde der Haushaltshilfe _____ € pro Stunde bezahlen.

Meine Haushaltshilfe, die mit mir verwandt oder verschwägert ist, hat folgende Auslagen (z.B. Verdienstaussfall, Fahrkosten):

Meine Konto-Nr. lautet: _____ BLZ: _____

Datum

Telefon

Unterschrift

Bitte zurück an:

ESSO BKK
Osterbekstr. 90a
22083 Hamburg

Ärztliche Bescheinigung der Notwendigkeit für eine Haushaltshilfe

Hiermit bestätige ich für _____
(Name, Vorname, Versichertennummer)

die medizinische Notwendigkeit einer Haushaltshilfe für den Zeitraum

vom _____ bis _____

für _____ Stunden pro Tag pro Woche

wegen folgender Diagnose: _____

Aufgrund dieser Diagnose ist mein/e Patient/Patientin in folgendem Maße eingeschränkt:

1. Vollständige Einschränkung bei der Haushaltsführung oder Kinderbetreuung

- Es wurde komplette Bettruhe verordnet. Keine Haushaltsführung oder Kinderbetreuung möglich
- Es liegt eine vollständige Bewegungsunfähigkeit vor. Keine Haushaltsführung oder Kinderbetreuung möglich

2. Teilweise Einschränkung bei der Haushaltsführung oder Kinderbetreuung

- kein Heben über _____ kg möglich
- kein Bücken möglich
- Sonstiges: _____

oder

wegen Mitaufnahme zur Krankenhausbehandlung eines Angehörigen (bitte ausführliche Begründung):

Datum _____

Stempel und Unterschrift des Arztes _____