

Mitglied:

Attest von Ihrem Arzt auszufüllen (für den erkrankten Angehörigen)

Ärztliche Bescheinigung für Haushaltshilfe für

Name: Vorname:

geb.:

1.	Haushaltshilfe bei <u>ambulanter</u> Behandlung/ <u>ambulanter</u> Operation
1.1	<u>Diagnose/ Befund:</u> _____
1.2	Welche konkreten Funktionsstörungen/ -einschränkungen liegen bei Ihrem Patienten vor? (bitte genau beschreiben) _____
1.3	Ambulante Operation am: _____ in _____
1.4	Art der Operation _____
1.5	Voraussichtliche Dauer der Funktionsstörung vom _____ bis _____
1.6	Ist die Führung des Haushaltes möglich? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein
1.7	Eine Haushaltshilfe ist zwingend erforderlich für _____ Stunden pro Tag.

Datum

Unterschrift, Stempel des Arztes

Diese Bescheinigung ist nach EBM/ BMÄ abrechenbar.

Datenschutzhinweis Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der Continentale BKK notwendig. Mehr Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten erhalten Sie auf unserer Website www.continentale-bkk.de/ueber-uns/datenschutz/ oder fordern Sie diese Informationen direkt bei uns an.