

Bitte zurück an:
VIACTIV Krankenkasse
Zentraler Posteingang
44775 Bochum

ÄRZTLICHES ATTEST ZUR BEANTRAGUNG VON HAUSHALTSHILFE FÜR

Name	
geboren am	Versichertennummer
Anschrift	

Der oben genannte Patient befindet sich in meiner Behandlung.

Die oben genannte Patientin befindet sich in meiner Behandlung.

Aufgrund dieser Diagnosen liegen Einschränkungen vor beim:

- Heben und Tragen von Gegenständen
- feinmotorischen Hand- oder Armgebrauch
- Gehen in der Wohnung und im Wohnumfeld
- Sonstiges _____

Es handelt sich um einen akuten Schub einer chronischen Erkrankung: nein ja, seit _____

Es liegt ein Pflege- oder ein nicht besserungsfähiger Dauerzustand vor: nein ja, seit _____

Durch die Haushaltshilfe wird ein Krankenhausaufenthalt verkürzt

beziehungsweise vermieden: nein ja, seit _____

Es ist Bettruhe erforderlich: nein ja, seit _____

Welche hauswirtschaftlichen Tätigkeiten können aufgrund der Erkrankung noch verrichtet werden?

Eine Haushaltshilfe ist für die Zeit vom _____ bis _____

an _____ Tagen in der Woche für jeweils _____ Stunden notwendig.

Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin bzw. des Arztes