

Ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit einer Haushaltshilfe

**AKZO NOBEL
BAYERN**



BKK Akzo Nobel Bayern
Industrie Center Obernburg
63784 Obernburg

Fax: 06022 70698-400
E-Mail: leistungen@bkk-akzo.de
Haben Sie Fragen?
Servicehotline: 06022 7069-400

Bitte vollständig und unterschrieben an uns zurückschicken (per Post, Fax oder Mail). Vielen Dank!

Name	Geburtsdatum	KVNr
------	--------------	------

Der/die Versicherte ist zur Weiterführung des Haushalts		
vom	bis	<input type="checkbox"/> nicht mehr in der Lage <input type="checkbox"/> nur eingeschränkt in der Lage

Grund (Diagnose)

Die Haushaltshilfe wird für folgende Dauer benötigt

vom	bis	für jeweils
		Std./Tag
		Std./Tag
		Std./Tag

Die Haushaltshilfe ist erforderlich aufgrund <input type="checkbox"/> schwerer Erkrankung (<input type="checkbox"/> chronisch <input type="checkbox"/> akut) <input type="checkbox"/> akuter Verschlimmerung einer Krankheit <input type="checkbox"/> Schwangerschaft/Entbindung	Zusatzangaben <input type="checkbox"/> nach stat. Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> nach amb. Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> nach amb. Operation
---	--

Unterschrift

Datum	Stempel	Unterschrift der Ärztin/des Arztes
-------	---------	------------------------------------

Die Angaben können nach Nr. 01621 BMÄ/E-GO abgerechnet werden.