

Bitte zurück an:  
VIACTIV Krankenkasse  
Zentraler Posteingang  
44775 Bochum

## ÄRZTLICHES ATTEST ZUR BEANTRAGUNG VON HAUSHALTSHILFE FÜR

Name	
geboren am	Versichertennummer
Anschrift	

Die oben genannte Patientin bzw. der oben genannte Patient 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