

BKK ZF & Partner
Postfach 11 80
88001 Friedrichshafen

_____, _____ geb. _____
_____, _____

KVNR: _____

Name, Vorname des Angehörigen

Geburtsdatum

Ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit einer Haushaltshilfe

wegen einer akuten Erkrankung / Bettlägerigkeit

wegen einer ambulanten Operation

(Voraussetzung für die Gewährung von Haushaltshilfe ist, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.)

der Versicherte ist ab _____ wegen (Diagnose) _____

nicht mehr _____ nur noch eingeschränkt
zur Weiterführung des Haushalts in der Lage.

wegen Schwangerschaft oder Entbindung

Die Versicherte ist ab _____ wegen (Diagnose) _____

nicht mehr _____ nur noch eingeschränkt
zur Weiterführung des Haushalts in der Lage.

– Bitte grundsätzlich ausfüllen –

Die Haushaltshilfe wird für die Zeit vom _____ bis _____ für jeweils _____ Stunden
täglich benötigt.

Medizinische Begründung:

Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes