

Mercedes-Benz BKK:

Erklärung der Versicherten-Haushaltshilfe (kinderlos)

Ihre Versichertendaten:

Nachname

T

T

T

M

M

J

J

J

J

J

J

J

Geburtsdatum

Vorname

Versichertennummer (Diese Angabe ist freiwillig)

Angaben zu Personen in Ihrem Haushalt

	Mitglied	Ehe-/Lebenspartner
Nachname, Vorname		
Geburtsdatum	T T T M M J J J J J J J	T T T M M J J J J J J J
Versichertennummer		
Adresse		
Telefon/E-Mail Diese Angabe ist freiwillig.		
Krankenkasse		
Arbeitszeit inkl. Fahrzeit	Mo. Di. Mi. Do. Fr. Sa. So.	Mo. Di. Mi. Do. Fr. Sa. So.
Uhrzeit von ...		
Uhrzeit bis ...		
Wechselschicht		
Uhrzeit von ...		
Uhrzeit bis ...		
Bezahlter Urlaub, Sonderurlaub		
von ... bis ...		

Weitere im Haushalt lebende Person(-en):

Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandschafts-verhältnis	Arbeits-/Schulzeit täglich von ... bis ...	Name der Krankenkasse

Eine Weiterführung des Haushaltes ist durch die haushaltsführende Person in der Zeit

vom

T

T

T

M

M

J

J

J

J

J

J

J

 bis

T

T

T

M

M

J

J

J

J

J

J

J

 nicht möglich wegen:

☐ einer akuten Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation

☐ Arbeitsunfall ☐ Berufskrankheit ☐ Versorgungsleiden ☐ Schädigung durch Dritte

☐ sonstiger Gründe:

Lesen Sie bitte auf Seite 2 weiter.

mercedes-benz-bkk.com

1.26 | 1 von 3

Bescheinigung des Arztes über die Notwendigkeit einer Haushaltshilfe

1 0 8 0 3 0 7 7 5
Kassen-Nr.

Versichertennummer

Status

Vertragsarzt-Nr.

T T M M J J J J
VK gültig bis

T T M M J J J J
Datum

Die Haushaltshilfe ist erforderlich wegen:

- ☐ einer akuten Erkrankung ☐ eines Unfalls ☐ Schwangerschaftsbeschwerden oder Entbindung
- ☐ Befunde/Berichte sind beigelegt

Wegen welcher Diagnose ist die Weiterführung des Haushaltes der/dem Versicherten nicht möglich?

Befunde/Berichte bitte beigelegen.

Ausführliche Begründung zur Notwendigkeit der Haushaltshilfe:

Bei welchen Tätigkeiten bestehen Einschränkungen?

Ist strenge Bettruhe einzuhalten? ☐ Ja ☐ Nein

Die Haushaltshilfe ist erforderlich von _____ bis _____

für jeweils _____ Stunden täglich.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift (Vertragsärztin/Vertragsarzt)