

Wichtig: Dieses Formular können Sie online ausfüllen, speichern und über das Online-Kundencenter

„Meine Mercedes-Benz BKK“ an uns übertragen. Nutzen Sie dafür einfach Ihr digitales Postfach.

Wenn Sie ein Mobilgerät nutzen, können Sie über die QR-Codes rechts in die App wechseln und das Dokument über Ihr digitales Postfach an uns übertragen. Anträge können Sie nur für sich selbst übermitteln.

Geht es um Formulare für andere, muss der Antrag ausgedruckt, von der betreffenden Person unterschrieben und per Post eingeschickt werden.



Google Play Store



Apple App Store

Mercedes-Benz BKK: Erklärung der Versicherten-Haushaltshilfe.

Ihre Versichertendaten:

Nachname	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Versichertennummer (Diese Angabe ist freiwillig)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Angaben zu Personen in Ihrem Haushalt.

	Mitglied	Ehe-/Lebenspartner/-in
Nachname, Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Versichertennummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon/E-Mail <small>Diese Angabe ist freiwillig.</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Krankenkasse	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Arbeitszeit inkl. Fahrzeit	Mo. Di. Mi. Do. Fr. Sa. So.	Mo. Di. Mi. Do. Fr. Sa. So.
Uhrzeit von ...	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Uhrzeit bis ...	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wechselschicht		
Uhrzeit von ...	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Uhrzeit bis ...	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bezahlter Urlaub, Sonderurlaub		
von ... bis ...	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Im Haushalt leben Kinder/Kinder mit Behinderung.

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Das Kind wird betreut	An folgenden Tagen:	von ... bis ... Uhr:
1) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> im Kindergarten, in der Kindertagesstätte usw. <input type="checkbox"/> Sonstige Betreuung außer Haus	Mo. Di. Mi. Do. Fr. Sa. So. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
2) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> im Kindergarten, in der Kindertagesstätte usw. <input type="checkbox"/> Sonstige Betreuung außer Haus	Mo. Di. Mi. Do. Fr. Sa. So. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
3) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> im Kindergarten, in der Kindertagesstätte usw. <input type="checkbox"/> Sonstige Betreuung außer Haus	Mo. Di. Mi. Do. Fr. Sa. So. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
4) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> im Kindergarten, in der Kindertagesstätte usw. <input type="checkbox"/> Sonstige Betreuung außer Haus	Mo. Di. Mi. Do. Fr. Sa. So. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Das unter Nummer genannte Kind hat eine Behinderung. Eine ärztliche Bescheinigung über die Art der Behinderung ist beigelegt.

Eine Weiterführung des Haushaltes ist mir nicht möglich wegen:

- einer Krankheit stationärer Krankenhaus-, Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen Schwangerschaft oder Entbindung
 sonstiger Gründe:

Lesen Sie bitte auf Seite 2 weiter.

Mercedes-Benz BKK: 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 beigefügt

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

Befunde/Berichte bitte beifügen.

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)

Datenschutzhinweis: Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie ordnungsgemäß erledigen zu können. Nach § 284 Sozialgesetzbuch (SGB) V in Verbindung mit § 206 SGB V sowie nach § 94 und § 50 SGB XI sind wir berechtigt, die Daten zu erheben, und Sie zur Mitwirkung verpflichtet. Die Nennung von Telefonnummer und E-Mail-Adresse ist freiwillig. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf unserer Website www.mercedes-benz-bkk.com, Webcode 139d. Chancengleichheit, Vielfalt, Offenheit und Respekt gehören zu den Grundüberzeugungen von Mercedes-Benz. Dies zeigen wir in der Art und Weise, wie wir denken, handeln und kommunizieren. Grundsätzlich schließen alle gewählten Begriffe selbstverständlich alle Geschlechter und Identitäten ein.