



Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

**Ärztliche Bescheinigung zum Antrag auf Haushaltshilfe**

**A. Angaben zur Person** (Angaben bitte gegebenenfalls berichtigen.)

Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Geburtsort

**B. Angaben zur Vorlage bei der Landwirtschaftlichen Krankenkasse**

Die oben genannte Person

kann/konnte ihren **Haushalt** wegen einer Krankheit nicht weiterführen.

oder

kann/konnte ihren Haushalt wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, einer ambulanten Operation oder einer ambulanten Krankenhausbehandlung nicht weiterführen

vom \_\_\_\_\_ bis (voraussichtlich) \_\_\_\_\_  
Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr

Diagnose der Erkrankung (ICD-10-Code)

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift und Stempel des Arztes

**C. Hinweise für den behandelnden Arzt**

**Ausstellung einer Bescheinigung wegen Erbringung von Haushaltshilfe durch die Landwirtschaftliche Krankenkasse**

Versicherte erhalten bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen Haushaltshilfe wegen akuter Erkrankung. Da die Partner des Bundesmantelvertrags – Ärzte speziell für die Bescheinigung der oben beschriebenen Sachverhalte keinen besonderen Vordruck vereinbart haben, bitten wir, für unsere(n) Versicherte(n) die obige Bescheinigung auszufüllen, wobei es Ihnen überlassen bleibt, ob Sie die Bescheinigung dem Antragsteller offen oder in einem geschlossenen Umschlag übergeben oder aber direkt an die LKK senden.