

3. Angaben zum Ehegatten

Name Vorname Geburtsdatum KV-Nummer

Krankenversichert bei Arbeitgeber

Mein Ehegatte ist berufstätig ja nein

Tag	Uhrzeit von – bis	Anzahl Stunden
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Samstag		
Sonntag		

4. Angaben zum Haushalt

In meinem Haushalt leben folgende Kinder unter 12 Jahren:

Name, Vorname	Geburtsdatum	Betreuung durch	An folgenden Tagen							von – bis
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
1.		<input type="checkbox"/> Kindergarten, Tagesstätte, etc.								
		<input type="checkbox"/> Sonstige Betreuung außer Haus								
2.		<input type="checkbox"/> Kindergarten, Tagesstätte, etc.								
		<input type="checkbox"/> Sonstige Betreuung außer Haus								
3.		<input type="checkbox"/> Kindergarten, Tagesstätte, etc.								
		<input type="checkbox"/> Sonstige Betreuung außer Haus								

Das unter Nr. ____ aufgeführte Kind ist behindert/pflegebedürftig. (bitte ärztl. Bescheinigung beifügen)

Es leben noch weitere, bisher nicht aufgeführte, Personen im Haushalt:

nein ja, _____

Die Gewährung der Haushaltshilfe ist notwendig, weil keine der im Haushalt lebenden Personen den Haushalt weiterführen kann. Der Haushalt wurde bisher geführt von:

mir meinem Ehegatten sonstiger Person

Datenschutzhinweis:

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der Krones BKK notwendig. Mehr Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten erhalten Sie auf unserer Webseite www.krones-bkk.de/datenschutzrechte oder in Papierform – rufen Sie uns an, wir senden Ihnen die Informationen gern zu.

Ärztliche Bescheinigung für Haushaltshilfe

Versicherter:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Familienversicherter:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Diagnose:

Haushaltshilfe ist notwendig:

- wegen Schwangerschaft oder Entbindung
- wegen einer ambulanten OP
- wegen strenger Bettruhe
- wegen schwerer Erkrankung/akuter Verschlimmerung einer Krankheit (z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt)

Der/die Versicherte kann aus o.g. Grund den Haushalt vom _____ bis _____ selbst nicht weiterführen

folgende Tätigkeiten können von dem / der Patienten / Patientin **selbst verrichtet** werden:

- Zubereiten der Mahlzeiten
- Reinigen der Wohnung
- Beaufsichtigung und Betreuung der Kinder
- Einkaufen
- Sonstiges (z. B. Wäsche)

Haushaltshilfe ist medizinisch erforderlich:

täglich _____ Stunden an _____ Tagen/Woche.

(Datum)

(Arztstempel)

(Unterschrift)

Datenschutzhinweis:

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der Krones BKK notwendig. Mehr Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten erhalten Sie auf unserer Website www.krones-bkk.de/datenschutzrechte oder in Papierform – rufen Sie uns an, wir senden Ihnen die Informationen gern zu.