

NOVITAS BKK

Antrag auf Haushaltshilfe

Die nachstehenden Daten sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich; sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches (SGB) erhoben und zum Zweck der Datenverarbeitung gespeichert.

Personalien des Mitglieds										
Name, Vorname und ggf. Geburtsname	Versichertennummer	Tätigkeit/Beruf	Berufstätig an folgenden Tagen							von-bis Uhr
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
Anschrift		Arbeitgeber/Versicherungsverhältnis								

Ehegatte										
Name, Vorname und ggf. Geburtsname	Geburtstag	Tätigkeit/Beruf	Berufstätig an folgenden Tagen							von-bis Uhr
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
selbst krankenversichert bei										

Kinder unter 12 Jahren/behinderte Kinder										
Name, Vorname	Geburtstag	das Kind wird betreut	an folgenden Tagen							von-bis Uhr
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
		<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte usw.								
		<input type="checkbox"/> sonst. Betreuung außer Haus								
		<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte usw.								
		<input type="checkbox"/> sonst. Betreuung außer Haus								
		<input type="checkbox"/> im Kindergarten, Tagesstätte usw.								
		<input type="checkbox"/> sonst. Betreuung außer Haus								

Das unter der lfd. Nr. _____ aufgeführte Kind ist behindert. Eine ärztliche Bescheinigung über die Art der Behinderung ist beigefügt.

Weitere im Familienhaushalt des Versicherten lebende Personen										
Name, Vorname	Geburtstag	kann den Haushalt nicht weiterführen, weil, (Angabe des Grundes)	Berufstätig an folgenden Tagen							von-bis Uhr
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	

In Behandlung begibt/befindet sich der Versicherte selbst der Ehegatte
Haushaltshilfe wird beantragt für die Zeit vom _____ bis _____

Krankenhaus/Entbindungsstation/Kurheim	seit	Krankenhausursache
Häusliche Krankenbehandlung verordnet durch Arzt	seit	Erkrankungsursache

Novitas BKK
Schifferstraße 92-100 47059 Duisburg
Vorsitzende des Verwaltungsrates:
Dr. Harald Obendiek, Peter Peuser
Vorstandsvorsitzender: Frank Brüggemann
Vorständin: Kirsten Budde

Bankverbindung
Commerzbank AG
IBAN: DE27 2008 0000 0370 3800 00
BIC: DRESDEFF200
IK West: 104491707
IK Ost: 104491718

Antrag auf Haushaltshilfe (Seite 2)

Die nachstehenden Daten sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich; sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches (SGB) erhoben und zum Zweck der Datenverarbeitung gespeichert.

Ich beantrage Auslagenersatz für die Weiterführung des Haushaltes durch Verwandte angemessenen Kostenersatz für eine selbstbeschaffte fremde Haushaltshilfe Kostenersatz für Haushaltshilfe durch Ersatzkraft einer caritativen Einrichtung wie z. B. Sozialstation Ersatz für Verdienstaufschlag wegen unbezahltem Urlaub

Die Gewährung von Haushaltshilfen ist notwendig, weil keine der im Haushalt lebenden Personen den Haushalt weiterführen kann.

Der Haushalt wurde bisher von mir von meinem Ehegatten von sonstiger Person geführt.

Für die Dauer der genannten Behandlung wird das unter 12 Jahre alte Kind regelmäßig an folgenden Tagen der Woche untergebracht:

in meinem Haushalt
(entsprechende Tage ankreuzen)

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

außerhalb meines Haushalts, bei:
Name

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

Anschrift _____

Als selbstbeschaffte Haushaltshilfe habe ich vorgesehen:

Name, Vorname sowie ggf. Geburtsname, Anschrift	Beruf/ Arbeitgeber
Arbeitgeber	

Mit dem Versicherten verwandt oder verschwägert?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar

Ist die Haushaltshilfe mit Ihnen zum 2. Grade verwandt oder verschwägert, können nur die erforderlichen Fahrkosten und der Verdienstaufschlag erstattet werden, vorausgesetzt, dass diese in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten stehen.

Es entstehen mir (voraussichtlich) Kosten von _____ € je Stunde für _____ täglich.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückerstattet werden müssen. Änderungen, welche sich während der Tätigkeit der Haushaltshilfe ergeben, werde ich der Betriebskrankenkasse unverzüglich mitteilen.

_____ Datum

_____ Unterschrift

Bitte geben Sie uns für eine schnelle Kontaktaufnahme Ihre Telefonnummer an: _____

Genehmigung				
für die Zeit vom - bis	€ je Stunde	täglich für	Höchstbetrag pro Tag	Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse
	€	Std.	€	

Datenschutzhinweis: Die Datenerhebung erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der Novitas BKK erforderlich. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung nach Artikel 13 DSGVO erhalten Sie im Internet unter novitas-bkk.de/datenschutz

Bitte zurück an:
Novitas BKK
47050 Duisburg

Ärztliche Stellungnahme zur Notwendigkeit von Haushaltshilfe

Name, Vorname	Versicherten	Geburtsdatum
Adresse	Krankenversicherungsnummer:	

1. Eine Haushaltshilfe ist erforderlich wegen

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> schwerer Erkrankung nach | <input type="checkbox"/> akuter Verschlimmerung einer Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt | <input type="checkbox"/> ambulanter Operation |
| <input type="checkbox"/> ambulanter Krankenhausbehandlung | <input type="checkbox"/> häusliche Krankenpflege |
| <input type="checkbox"/> Vorsorge-/ Rehabilitationsleistung oder wegen | <input type="checkbox"/> Schwangerschaftsbeschwerden / Entbindung |

Grund (festgestellte Diagnosen und Befunde):

- _____ ist zur Weiterführung des Haushaltes
- | | | |
|-------------------------------------|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> nicht mehr | <input type="checkbox"/> nur eingeschränkt | in der Lage |
|-------------------------------------|--|-------------|

2. Besteht Bettlägerigkeit?

- | | | |
|--|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja, vollständig | <input type="checkbox"/> Ja, teilweise | <input type="checkbox"/> Nein |
|--|--|-------------------------------|

3. Es liegen Funktionseinschränkungen in folgenden Bereichen vor:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Zubereiten der Mahlzeiten |
| <input type="checkbox"/> Reinigen der Wohnung |
| <input type="checkbox"/> Beaufsichtigung und Betreuung der Kinder |
| <input type="checkbox"/> Einkaufen |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges (z. B. Wäsche): |
- _____
- _____

4. In welchem Umfang ist eine Kinderbetreuung zumutbar?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> in vollem Umfang | <input type="checkbox"/> weitestgehend, aber kein Tragen oder Heben von Kleinkindern |
| <input type="checkbox"/> in geringem Umfang; z. B. Hausaufgabenhilfe, Spiele ohne viel Bewegung; Kinder auf dem Schulweg oder Kindergartenweg begleiten | |
| <input type="checkbox"/> Folgende sonstige Aufgaben der Kinderbetreuung sind möglich | |
- _____
- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Eine Kinderbetreuung ist nicht möglich, bzw. zumutbar |
|--|

5. Für welchen Zeitraum und im welchen Umfang soll die Haushaltshilfe erbracht werden?

Vom: _____ bis _____
für _____ Stunden pro Tag
für _____ Stunden pro Woche

6. Bemerkung:

7. Die Haushaltshilfe ist wegen der folgenden Diagnosen und daraus resultierenden krankheitsbedingten Beeinträchtigungen medizinisch indiziert (bitte Krankenhausentlassungsbericht/OP-Bericht/Befundbericht § 116 b SGBV beifügen):

Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Für die Ausstellung ist die EBM-Ziffer 01621 abrechnungsfähig

Datenschutzhinweis: Die Datenerhebung erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der Novitas BKK erforderlich. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung nach Artikel 13 DSGVO erhalten Sie im Internet unter novitas-bkk.de/datenschutz