

Ärztliche Bescheinigung zu den Aufwendungen für eine Haushaltshilfe

Aktenzeichen (Bitte dem letzten Bescheid entnehmen)	
Beihilfeberechtigte/r (Name, Vorname)	Geburtsdatum

Angaben zur haushaltsführenden Person

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

Zutreffendes bitte ankreuzen

- Die haushaltsführende Person ist nach einer stationären Behandlung (Krankenhausaufenthalt, Rehabilitationsmaßnahme oder Suchtbehandlung) in den Haushalt zurückgekehrt und zur Weiterführung des Haushalts noch nicht in der Lage.

Eine Haushaltshilfe ist erforderlich für die Zeit

von	bis	An den Wochentagen	Tägliche Stundenzahl
-----	-----	--------------------	----------------------

- Die haushaltsführende Person ist nach einer stationären oder ambulanten Rehabilitationsmaßnahme im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder eine ambulante Strahlen- oder Chemotherapie (Anschluss-Rehabilitation) in den Haushalt zurückgekehrt und zur Weiterführung des Haushalts noch nicht in der Lage.

Eine Haushaltshilfe ist erforderlich für die Zeit

von	bis	An den Wochentagen	Tägliche Stundenzahl
-----	-----	--------------------	----------------------

- Die haushaltsführende Person ist wegen Schwangerschaft oder Entbindung an der Weiterführung des Haushalts gehindert.

Beschwerden / Grund der Belastungseinschränkung:	(voraussichtlicher) Entbindungstermin
--	---------------------------------------

Eine Haushaltshilfe ist erforderlich für die Zeit

von	bis	An den Wochentagen	Tägliche Stundenzahl
-----	-----	--------------------	----------------------

- Die haushaltsführende Person ist wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit an der Weiterführung des Haushalts gehindert.

Art der schweren Krankheit:

Eine Haushaltshilfe ist erforderlich für die Zeit

von	bis	An den Wochentagen	Tägliche Stundenzahl
-----	-----	--------------------	----------------------

- Die haushaltsführende Person müsste stationär im Krankenhaus behandelt werden. Durch die Beschäftigung einer Haushaltshilfe wird ein stationärer Krankenhausaufenthalt vermieden.

Erkrankung / Diagnose(n):	Zeitraum des ohne Haushaltshilfe erforderlichen Krankenhausaufenthaltes vom _____ bis _____
---------------------------	--

Erklärung:

Es wird hiermit bescheinigt, dass die Beschäftigung einer Haushaltshilfe aus dem vorstehend angekreuzten Grund notwendig ist.

Datum	Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes