

Bedarfsabklärung für private hauswirtschaftliche Leistungen

1. Versicherungsnehmer/in

Vers-Nr. 756.
Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____
Adresse, PLZ und Ort _____

2. Leistungserbringer/in

Vers-Nr. 756.
Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____
Adresse, PLZ und Ort _____

Voraussichtlicher Bedarf an hauswirtschaftlichen Leistungen

Über Krankheits- und Behinderungskosten zu Ergänzungsleistungen können folgende hauswirtschaftliche Leistungen berücksichtigt werden: **Putzen und Waschen**

Häufigkeit pro Woche	Stunden pro Monat	Stundenansatz
		Fr.

Bemerkungen _____

Datum _____ Unterschrift Leistungserbringer/in _____

3. Ärztin/Arzt

bestätigt den voraussichtlichen hauswirtschaftlichen Aufwand und erteilt hiermit die Anordnung für diese Leistung:

Diagnose: Unfall Krankheit

Ärztliche Verordnung gültig ab: _____ für: 3 Monate (Akutpatient/in)
 6 Monate (Langzeitpatient/in)
bzw. bis: _____
(max.12 Monate)

Datum _____ Stempel und Unterschrift Ärztin/Arzt _____