

**Wichtiger Hinweis!**  
Bitte beachten Sie unbedingt den Datenschutzhinweis auf Seite 4!

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

<b>1. ANGABEN ZUR PERSON</b>		Von der <u>haushaltsführenden Person</u> auszufüllen!																
Name:	Vorname:																	
Geburtsdatum:	Versicherten-Nr.:																	
Anschrift:																		
Telefon:	E-Mail:																	
IBAN:	Kontoinhaber*in:																	
Tätigkeit/Beruf:	Berufstätig an folgenden Tagen (Arbeitszeiten inklusive Fahrweg) Bei variierenden Arbeitszeiten bitte Extrablatt anfügen!																	
	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">D</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">D</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">F</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">S</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">S</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">von- bis Uhr</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	M	D	M	D	F	S	S	von- bis Uhr									
M	D	M	D	F	S	S	von- bis Uhr											
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet																		
Arbeitgeber (Name und Anschrift):																		

<b>2. Ehegatte/Lebenspartner; Lebensgefährte in häuslicher Gemeinschaft</b>																	
Name:	Vorname:																
selbst krankenversichert bei:	Geburtsdatum:																
Tätigkeit/Beruf:	Arbeitszeiten inklusive Fahrweg Bei Schichtdienst bitte den Schichtplan beilegen!																
	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">D</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">D</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">F</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">S</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">S</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">von- bis Uhr</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	M	D	M	D	F	S	S	von- bis Uhr								
M	D	M	D	F	S	S	von- bis Uhr										
Arbeitgeber (Name und Anschrift):																	

<b>3. KINDER UNTER 14 JAHRE/BEHINDERTE* KINDER IM HAUSHALT</b>									
*Bitte Nachweis beifügen!									
Name, Vorname:	Geb.-Datum:	Das Kind wurde betreut:	an folgenden Tagen:					von- bis Uhr	
			M	D	M	D	F		S
1.		Kindergarten, Tagesstätte, Tagesmutter, Schulbesuch, anderweitige Versorgung							
2.		Kindergarten, Tagesstätte, Tagesmutter, Schulbesuch, anderweitige Versorgung							
3.		Kindergarten, Tagesstätte, Tagesmutter, Schulbesuch, anderweitige Versorgung							

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

**ANGABEN ZUR PERSON** Bitte vollständig ausfüllen!

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

**4. KINDER ÜBER 14 JAHRE IM HAUSHALT**

Name, Vorname:	Geb.-Datum:	Kann den Haushalt nicht weiterführen, weil ...
1.		
2.		
3.		

**5. WEITERE IM HAUSHALT LEBENDE PERSONEN**

Name, Vorname:	Geb.-Datum:	Verwandtschafts- verhältnis:	Kann den Haushalt nicht weiterführen, weil ...
1.			
2.			

**6. BEGRÜNDUNG** Eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung ist beizufügen!**Die Weiterführung des Haushaltes ist mir nicht möglich wegen:**

Ärztliche Diagnose(n):

 akuter Erkrankung   
  schwerer Krankheit / akuter Verschlimmerung einer Krankheit   
 bettlägerig:  nein     ja

 eines privaten Unfalls     Arbeitsunfalls

 Schädigung durch Dritte (Name und Anschrift): 
 eines stationären Krankenhausaufenthaltes

 einer ambulanten / stationären Vorsorge- oder Rehamaßnahme
Kostenträger: 
 Schwangerschaftsbeschwerden
mutmaßlicher Entbindungstermin: 
 Entbindung (Tag der Entbindung): 
Kopie der Geburtsurkunde  anbei liegt bereits vor

Liegt ein Pflegegrad vor oder wurde dieser beantragt?

 nein     ja

Wurden Leistungen der häuslichen Krankenpflege beantragt?

 nein     ja

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

**ANGABEN ZUR PERSON** Bitte vollständig ausfüllen!

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

**7. BEANTRAGUNG****7.1 Verdienstaufwandsersatz wegen unbezahlten Urlaubs für meinen Ehepartner bzw. Lebensgefährten**

Name der Bank:

IBAN:            **7.2 Kostenersatz für eine selbstbeschaffte, fremde Haushaltshilfe = Hilfskraft**  
(max. 12,25 Euro pro Stunde für max. 8 Stunden täglich, z. B. Bekannte / Nachbarn)

Name:

Vorname:

Anschrift:

Verwandtschaftsverhältnis:

Telefon:

**7.3 Auslagenersatz für die Weiterführung des Haushalts durch Verwandte und Verschwägte bis zum 2. Grad**  
(Erklärung s. S. 8, Fußnote<sup>3</sup>)

Name:

Vorname:

Anschrift:


Verwandtschaftsverhältnis:

Telefon:


Berufstätig:  nein  ja

Arbeitgeber (Name und Anschrift):

Berufstätig an folgenden Tagen:

 Bei variierenden Arbeitszeiten bitte Extrablatt anfügen!

M	D	M	D	F	S	S	von- bis Uhr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

 Aufwendungen für Fahrkosten: bei PKW km-Angabe einfache Strecke; Kosten für öffentliche Verkehrsmittel -> Fahrkarte ist beizufügen!

Name der Bank:

IBAN:

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

**ANGABEN ZUR PERSON** Bitte vollständig ausfüllen!

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

**7.4 Kostenersatz für Haushaltshilfe durch die Ersatzkraft einer karitativen Einrichtung**

(Kostenübernahme in Höhe der vertraglich vereinbarten Sätze, max. 8 Stunden täglich. Sofern keine Preise vereinbart sind, muss der Leistungserbringer zwecks Preisabsprache Kontakt mit uns aufnehmen.)

Name der Einrichtung:

Anschrift:

Telefon:

**7.5 Vermittlung einer karitativen Einrichtung**

Zwecks Vermittlung einer professionellen Haushaltshilfe (karitative Einrichtung) sind wir Ihnen gerne behilflich. „Zeitreicher – Mehr Zeit für mich“ vermittelt bundesweit qualitätsgesicherte professionelle Haushaltshilfen. Möchten Sie dieses Angebot wahrnehmen, setzen Sie sich bitte mit „Zeitreicher“ in Verbindung. „Zeitreicher“ klärt direkt mit uns die Kostenübernahme und organisiert alles Weitere für Sie.

Kontaktdaten „Zeitreicher“

Servicehotline: 04821 639 33 98


E-Mail: [auftraege@zeitreicher.de](mailto:auftraege@zeitreicher.de)Homepage: [www.zeitreicher.de](http://www.zeitreicher.de)
 Ich habe/werde mich mit „Zeitreicher“ selbst in Verbindung gesetzt/setzen.

 Ich kann mich nicht selbst mit „Zeitreicher“ in Verbindung setzen. Bitte geben Sie meine Kontaktdaten an „Zeitreicher“ weiter. **Ich ermächtige Sie hiermit ausdrücklich zur Weitergabe meines Namens, Vornamens und Telefonnummer an „Zeitreicher“.**

X

Ort, Datum

X

 Unterschrift des Versicherten**Datenschutzhinweis**

Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben erfüllen zu können. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung nach Artikel 13 DSGVO erhalten Sie unter <https://www.bkk-vdn.de/datenschutz>. Auf Wunsch senden wir Ihnen die Informationen per E-Mail oder postalisch zu.

Ich bin damit einverstanden, dass die BKK VDN die von mir angegebenen persönlichen Daten speichert und nutzt, um mich beraten, meine Anliegen zügig bearbeiten und hierfür ggf. kontaktieren zu können. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

**AUF HAUSHALTSHILFE**

Nachweis der im Rahmen der Haushaltshilfe  
entstandenen Kosten

(Bei Inanspruchnahme einer privaten Hilfskraft auszufüllen!)

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!


**ANGABEN ZUR PERSON**

 Bitte vollständig ausfüllen!

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

**1. ANGABEN ZUR PERSON**

 Von der Hilfskraft auszufüllen!

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Ich bestätige, dass mir für die Haushaltshilfe in der Zeit vom:  **bis:**   
folgende Kosten entstanden sind:

Haushaltshilfe:


Euro täglich

Euro pro Stunde

**Euro insgesamt**

Fahrkosten:


Euro täglich

 Bitte Nachweise beifügen!

**Euro insgesamt**

sonstige Aufwendungen:

Euro täglich

 Bitte näher erläutern!

**Euro insgesamt**

**Sind Sie mit der Pflegeperson bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert?** (Erklärung s. S. 7, Fußnote<sup>3</sup>)

nein  ja

X

X

Ort, Datum

 Unterschrift des Versicherten\*

\* Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich vorstehende Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht habe.

Mir ist bewusst, dass unrichtige Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.



**WIR HELFEN AUCH IM HAUSHALT!**

Die BKK VDN bezahlt auf Antrag eine Haushaltshilfe, wenn der Haushalt aus folgenden Gründen nicht weitergeführt werden kann:

Grund	Dauer
wegen einer Krankenhausbehandlung oder einer Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme <sup>1</sup>	unbegrenzt
sobald aufgrund einer Erkrankung eine ambulante Behandlung erforderlich ist <sup>1</sup>	max. 8 Wochen

Darüber hinaus besteht ein Anspruch bei einer schweren Krankheit oder akuten Verschlimmerung nach:

- einem Krankenhausaufenthalt,
- einer ambulanten Operation,
- einer ambulanten Krankenhausbehandlung.

Diesen Service bietet die BKK VDN für maximal vier Wochen. Mit einem Kind unter zwölf Jahren verlängert er sich auf maximal 26 Wochen. Die Hilfe muss vom Krankenhaus verordnet werden. Zur Beurteilung, ob eine Kostenübernahme möglich ist, muss eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung mit Angabe der begründeten Diagnosen und des medizinisch notwendigen Leistungszeitraumes vorgelegt werden. Eine weitere Voraussetzung für die Bewilligung einer Haushaltshilfe ist, dass keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegraden 2, 3, 4 oder 5 besteht.

**Wichtig!**

Hinsichtlich Schwangerschaft und Entbindung gelten Sonderregelungen, über die wir gerne informieren. Die Haushaltshilfe kann erbracht werden durch den Ehe-/Lebenspartner, eine selbstbeschaffte Haushaltshilfe (z. B. Freunde oder Nachbarn) oder einen ambulanten Pflegedienst.

**KOSTENERSTATTUNG BEIM EHE-/LEBENSPARTNER**

Die BKK VDN erstattet bei Inanspruchnahme von unbezahltem Urlaub den Nettoverdienstaufschlag (max. 98,00 Euro täglich) abzüglich der gesetzlichen Zuzahlung<sup>2</sup>.

**KOSTENERSTATTUNG BEI SELBSTBESCHAFFTER HAUSHALTSHILFE**

Diese erfolgt maximal acht Stunden täglich bei einem Tageshöchstsatz von 98,00 Euro (12,25 Euro pro Stunde) abzüglich der gesetzlichen Zuzahlung<sup>2</sup>. Fahrkosten und/oder sonstige Kosten können nicht zusätzlich erstattet werden. Für Verwandte und Verschwägerter bis zum 2. Grad<sup>3</sup> sieht der Gesetzgeber keine Kostenerstattung vor. Die BKK VDN übernimmt jedoch die erforderlichen Fahrkosten und eventuell auch den Verdienstaufschlag abzüglich der Zuzahlungen<sup>2</sup> (bei Inanspruchnahme von unbezahltem Urlaub bis maximal 98,00 Euro täglich).

**Wichtig!**

Vielleicht besteht die Möglichkeit der Inanspruchnahme von unbezahltem Urlaub. Sollte dieser acht Wochen überschreiten, sind versicherungsrechtliche Besonderheiten zu beachten, die mit der BKK VDN im Vorfeld besprochen werden müssen. Erstattung von Aufwendungen wie z. B. Überstundenabbau oder Tarifurlaub sind nicht möglich.

<sup>1</sup> Bei Kindern bis 14 Jahre. Die Altersgrenze entfällt bei einem im Haushalt lebenden behinderten Kind.

<sup>2</sup> Die Zuzahlung liegt zwischen 5 und 10 Euro. Diese wird durch die Krankenkasse einbehalten. Eine Ausnahme gilt für Haushaltshilfen bei Schwangerschaft und Entbindung.

<sup>3</sup> Eltern, Geschwister, Schwiegereltern, Schwager/Schwägerin



## MERKBLATT ZUR BEANTRAGUNG VON HAUSHALTSHILFE

### **Kostenübernahme bei ambulanten Pflegediensten**

Bei kassenzugelassenen Vertragspartnern werden die Kosten für maximal acht Stunden täglich übernommen. Die Höhe der Erstattung richtet sich nach den vertraglichen Vereinbarungen (abzüglich der Zuzahlung<sup>2</sup>).

### **Haushaltshilfe bei stationärer Behandlung eines Kindes und gleichzeitiger Mitaufnahme eines Elternteils im Krankenhaus**

Diesen Service bietet die BKK VDN, wenn ein weiteres Kind unter 14 Jahren im Haushalt lebt.

Der Krankenhausarzt muss die medizinisch notwendige Mitaufnahme eines Elternteils bei einer stationären Behandlung des Kindes bescheinigen. Aufgrund der Bescheinigung sind die Kosten für die Begleitperson im Krankenhaus abgegolten, so dass keine gesonderte Rechnung ausgestellt wird.

### **Achtung!**

Eine Bescheinigung, die eine Mitaufnahme des Elternteils lediglich als „wünschenswert“ o. ä. angibt, ist für die Gewährung einer Haushaltshilfe nicht ausreichend. Die mitaufgenommenen Elternteile erhalten in diesen Fällen eine Krankenhausrechnung (ca. 15 Euro pro Tag), die selbst zu zahlen ist und von der Krankenkasse nicht erstattet wird.

### **In diesen Fällen wird keine Haushaltshilfe bewilligt:**

- Sobald eine im Haushalt lebende Person diesen weiterführen kann, z. B.:
  - außerhalb der Arbeitszeit,
  - bei Arbeitslosigkeit,
  - während des Tarifurlaubs,
  - bei Arbeitsunfähigkeit, sofern die Person laut ärztlicher Bescheinigung hierzu in der Lage ist.
- Sofern im Haushalt lebende Kinder anderweitig betreut werden, z. B.:
  - Schule
  - Kindergarten oder Tagesstätte,
  - Tagesmutter etc.
- Für Zeiten, in denen die haushaltsführende Person vor ihrer Erkrankung selbst berufstätig war.

## AUF HAUSHALTSHILFE

**Bescheinigung** des Arztes über die medizinische  
 Notwendigkeit einer Haushaltshilfe

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

**ANGABEN ZUR PERSON**

✍ Bitte vollständig ausfüllen!

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

VOM ARZT AUSZUFÜLLEN!

**Aufgrund eines Antrags auf Haushaltshilfe Ihrer Patientin/Ihres Patienten sind wir auf Ihre ärztliche Mit-  
 hilfe angewiesen und bitten Sie um Beantwortung folgender Fragen:**

1. Die Weiterführung des Haushaltes ist wegen Krankheit nicht möglich  
 An welcher Erkrankung leidet die/der Versicherte?

👉 Angabe ICD-10 erforderlich!

2. Ist die Haushaltshilfe wegen Schwangerschaft oder Entbindung notwendig?

 nein  ja

3. Kann aufgrund der Erkrankung/Schwangerschaft der Haushalt weitergeführt werden?

 nein  ja

4. Ist die Weiterführung des Haushaltes wegen einer schweren Krankheit oder wegen der Verschlimmerung einer Krank-  
 heit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten  
 Krankenhausbehandlung nicht möglich?

 nein  ja

Zeitraum der erforderlichen Haushaltshilfe vom:

bis:

Täglich notwendiger Hilfebedarf:

Stunde(n) pro Tag

Wöchentlich notwendiger Hilfebedarf:

Tag(e) pro Woche

✕

Ort, Datum

✕

✍ Unterschrift/Stempel des Arztes

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung!**

Für die Angaben des Arztes ist die Nummer 01620 EBM berechnungsfähig.

**Datenschutzhinweis**

Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben erfüllen zu können. Weitere Informationen zur  
 Datenverarbeitung nach Artikel 13 DSGVO erhalten Sie unter <https://www.bkk-vdn.de/datenschutz>. Auf Wunsch senden wir  
 Ihnen die Informationen per E-Mail oder postalisch zu.