

## Bedarfsabklärung für private hauswirtschaftliche Leistungen

### 1. Versicherte Person

AHV-Nummer 756.  
Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Adresse, PLZ und Ort \_\_\_\_\_

### 2. Leistungserbringer/in

AHV-Nummer 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
		CHF

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 \_\_\_\_\_