



Aktenzeichen:

Ärztliche Bescheinigung zum Antrag auf Betriebs- und Haushaltshilfe	
A. Angaben zur Person	
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Telefon Vorwahl/Rufnummer
B. Angaben zur Vorlage bei der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)	
<p>1. <input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung vom _____ bis (voraussichtlich) _____ <small style="margin-left: 100px;">Tag, Monat, Jahr</small> <small>Tag, Monat, Jahr</small></p> <p><input type="checkbox"/> Arbeitsunfähigkeit vom _____ bis (voraussichtlich) _____ <small style="margin-left: 100px;">Tag, Monat, Jahr</small> <small>Tag, Monat, Jahr</small></p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Endbescheinigung</p> <p><input type="checkbox"/> Krankheit, durch die die Bewirtschaftung des Betriebes gefährdet ist vom _____ bis (voraussichtlich) _____ <small style="margin-left: 100px;">Tag, Monat, Jahr</small> <small>Tag, Monat, Jahr</small></p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Endbescheinigung</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;">Diagnose (ICD-10-Code)</div> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">Hinweis: Bei Arbeitsunfällen darf die Arbeitsunfähigkeit nur durch einen Durchgangs- oder H-Arzt festgestellt werden.</p>	
<p>2. <input type="checkbox"/> Arbeitsunfähigkeit während der Schwangerschaft oder nach der Entbindung</p> <p>Die Schwangerschaft ist in der _____ Entbindungstag (voraussichtlich) _____ <small style="margin-left: 100px;">Woche</small> <small>Tag, Monat, Jahr</small></p> <p>Arbeitsunfähigkeit vom _____ bis (voraussichtlich) _____ <small style="margin-left: 100px;">Tag, Monat, Jahr</small> <small>Tag, Monat, Jahr</small></p> <p>Weitere notwendige Angaben für einen Antrag auf Haushaltshilfe während der Mutterschutzfristen: Die oben genannte Patientin kann/konnte den Haushalt wegen Schwangerschaft/Entbindung aus gesundheitlichen Gründen nicht weiterführen</p> <p style="margin-left: 100px;">vom _____ bis (voraussichtlich) _____ <small style="margin-left: 100px;">Tag, Monat, Jahr</small> <small>Tag, Monat, Jahr</small></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;">Diagnose (neben der Schwangerschaft oder Entbindung - ICD-10-Code)</div>	
C. Unterschrift	
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">Datum</p>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">Unterschrift und Stempel des Arztes</p>
D. Hinweise für den behandelnden Arzt	
<p>Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung wegen Erbringung von Betriebs- und Haushaltshilfe durch die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG).</p> <p>Versicherte erhalten bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen unter anderem bei Arbeitsunfähigkeit anstelle von Krankengeld Betriebs- und Haushaltshilfe. Da die Partner des Bundesmantelvertrags – Ärzte speziell für die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit zur Erlangung von Betriebs- und Haushaltshilfe keinen besonderen Vordruck vereinbart haben, bitten wir, für unsere Versicherten die obige Bescheinigung auszufüllen, wobei es dem behandelnden Arzt überlassen bleibt, ob die Bescheinigung dem Antragsteller offen oder in einem geschlossenen Umschlag übergeben oder aber direkt an die SVLFG gesendet wird.</p> <p>Die obige ärztliche Bescheinigung ist nicht erforderlich, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> • dem Versicherten bereits eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausgestellt wurde oder • die Betriebs- und Haushaltshilfe wegen einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme oder einer stationären Krankenhausbehandlung zu Lasten der landwirtschaftlichen Krankenkasse beantragt wird. 	