

Bestätigung Einschränkung in der Haushaltführung

Damit wir unsere Kostenbeteiligung für die Haushaltshilfe klären können, benötigen wir die Bestätigung Ihrer Ärztin/Ihres Arztes.
Bitte senden Sie uns dafür dieses Formular ausgefüllt von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt zu.

Versicherte Person

Name

Vorname

Kundennummer

Behandlungsgrund

Unfall

Krankheit

Mutterschaft

Invalidität

Tätigkeit

Angestellt

Selbstständig

Hausfrau / -mann

Rentner / -in

Einschränkung

Vom	Bis	Wie viel Prozent?
		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%

Wichtig: Die Angaben der Dauer und die Einschränkung in Prozentangaben sind zwingend notwendig,
damit wir unsere Leistungspflicht prüfen können.

Ort

Datum

Unterschrift Arzt/Ärztin

Stempel Arzt/Ärztin

Einsenden an:
CSS, Leistungsprüfung, Postfach 2568, 6002 Luzern