

## Ärztliche Anordnung für Haushalthilfe

Behandelnder Arzt:

---

---

---

Bestätigt hiermit, dass

Name Vorname

Strasse

PLZ Ort

Geb.-Datum

für folgende Zeitdauer auf eine Haushalthilfe angewiesen ist:

Zeitraum:

(von – bis)

oder ab Datum:

3 Monate

6 Monate

Einsatzgrund:

Ort, Datum:

Unterschrift und Stempel des Arztes