

Beiblatt zur Anmeldung für eine Hilflosenentschädigung IV / AHV

Versicherten-Nr.

Zuständig
Telefon

Datum

Versicherter:

Beiblatt zum Anmeldeformular für eine Hilflosenentschädigung der AHV/IV

Angaben (Feststellungen) des Arztes / der Ärztin

1. Untersuchung vom _____ In Behandlung vom _____ bis _____
2. Diagnosen (bitte die wichtigsten unterstreichen):
3. Stimmen die Angaben zur Hilflosigkeit mit Beginn und Art der Hilfe mit Ihren Feststellungen überein?
Wenn nein, Begründung: Ja Nein
4. Kann der Gesundheitszustand mit medizinischen Massnahmen verbessert werden? Wenn ja, mit welchen? Ja Nein
5. Kann die Hilflosigkeit durch den Einsatz geeigneter Hilfsmittel vermindert werden?
Wenn ja, welche? Ja Nein
6. Prognose stationär besserungsfähig sich verschlechternd
7. Bemerkungen

Datum:

Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin

Beilage:
Kopie der Anmeldung

Die Vergütung dieses Formulars bei Rücksendung innert 10 Tagen erfolgt nach Ziffer 00.2205 TAR MED

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin