

## 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 TARMED