|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Angaben zur versicherten Person**Name: Vorname: Strasse: PLZ/Ort: Geb.-Datum:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 7 | 5 | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Vers.-Nr.: Gesetzliche/r Vertreter/in:  | **Name und Adresse des Arztes / der Ärztin**Name: Vorname: Strasse: PLZ/Ort: Telefon-Nr:  |

|  |
| --- |
| Beiblatt zum Anmeldeformular für Hilflosenentschädigung 🞎 zur IV 🞎 zur AHV |
| 1. Untersuchung vom in Behandlung von bis  |
| 2. Diagnosen (bitte die wichtigsten unterstreichen) |
| 3. Stimmen die Angaben über die Hilflosigkeit unter Ziffer 4 der Anmeldung mit Ihren Feststellungen überein? 🞎 ja 🞎 nein; bitte begründen:  |

|  |
| --- |
| 4. Kann der Gesundheitszustand mit medizinischen Massnahmen verbessert werden? 🞎 ja 🞎 nein Wenn ja, mit welchen?   |
| 5. Kann die Hilflosigkeit durch den Einsatz geeigneter Hilfsmittel vermindert werden? 🞎 ja 🞎 nein Wenn ja, durch welche?  |
| 6. Prognose 🞎 stationär 🞎 besserungsfähig 🞎 sich verschlechternd  |
| 7. Bemerkungen   |
| 8. Unterschrift Ort und Datum Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin |