|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |