

Arztbericht zur Anmeldung für eine Hilflosenentschädigung AHV/IV



Eidgenössische Invalidenversicherung IV

vom Arzt / von der Ärztin auszufüllen

Versanddatum:

IV-Stelle Zug
Baarerstrasse 11
Postfach
6302 Zug

Angaben zur versicherten Person	Name und Adresse des Arztes / der Ärztin										
Name: _____	Name: _____										
Vorname: _____	Vorname: _____										
Strasse: _____	Strasse: _____										
PLZ/Ort: _____	PLZ/Ort: _____										
Geb.-Datum: _____	Telefon-Nr: _____										
AHV-Nr.: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">7</td><td style="width: 20px; text-align: center;">5</td><td style="width: 20px; text-align: center;">6</td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr></table>	7	5	6								
7	5	6									
Gesetzliche/r Vertreter/in: _____											

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 Hilfsigkeit 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