

Bitte 1. Seite des original Arztberichtes beilegen (OCR-Code).



Beiblatt zur Anmeldung für eine Hilflosenentschädigung IV / AHV

Eidgenössische Invalidenversicherung

Datum:

Zuständig:

Direktwahl:

Versicherten-Nr:

Versicherter:

Bitte mit Schreibmaschine ausfüllen und innert 30 Tagen an die IV-Stelle zurücksenden.

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? Ja Nein
Wenn nein, Begründung:
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