**Arztbericht Hilflosigkeit**

Arztbericht für die Beurteilung des Anspruches auf eine Hilflosenentschädigung der

IV

AHV

Ergänzende Fragen

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Versicherte Person (Vorname, Name) | Geburtsdatum | AHV-Nummer |

**1. Diagnosen**

Hauptdiagnosen bitte unterstreichen

|  |
| --- |
|  |

**2. Ärztliche Angaben**

**2.1**

Untersuchung vom

|  |
| --- |
|  |

**2.2**

Zeitraum der Behandlung

|  |
| --- |
|  |

**3. Stationäre Aufenthalte**

Fanden stationäre Aufenthalte statt?

ja  nein

von bis Name des Spitals

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**4. Hilfsmittel**

Kann durch die Abgabe von Hilfsmitteln die Hilflosigkeit vermindert werden?

ja  nein

Wenn ja, mit welchen?

|  |
| --- |
|  |

**5. Medizinische Massnahmen**

Kann der Gesundheitszustand mit medizinischen Massnahmen verbessert werden?

ja  nein

Wenn ja, mit welchen?

|  |
| --- |
|  |

**6. Gesundheitszustand**

Der Gesundheitszustand der versicherten Person ist

gleichbleibend  besserungsfähig  sich verschlechternd

Prognose

|  |
| --- |
|  |
|  |

**7. Ärztlicher Befund**

Beschreiben Sie den Gesundheitszustand und die bestehenden Beeinträchtigungen.

**7.1**

Physische Einschränkungen (Art und Auswirkung)

|  |
| --- |
|  |

**7.2**

Psychische Einschränkungen (Art und Auswirkung)

|  |
| --- |
|  |

**7.3**

Kognitiv-intellektuelle Einschränkungen (Art und Auswirkung)

|  |
| --- |
|  |

**8. Angaben zur Hilflosigkeit**

Ist die versicherte Person aus medizinischer Sicht in den Lebensverrichtungen regelmässig und erheblich auf Dritthilfe angewiesen?

ja  nein

In welchen Lebensverrichtungen und seit wann (Monat/Jahr)?

Ankleiden/Auskleiden  Ja seit:        Nein

Aufstehen/Absitzen/Abliegen  Ja seit:        Nein

Essen  Ja seit:        Nein

Körperpflege  Ja seit:        Nein

Verrichten der Notdurft  Ja seit:        Nein

Fortbewegung  Ja seit:        Nein

Dauernde Überwachung  Ja seit:        Nein

Lebenspraktische Begleitung (nur IV)  Ja seit:        Nein

**9. Bemerkungen**

|  |
| --- |
|  |

**10. Unterschrift**

Vorname, Name, Datum und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

|  |
| --- |
|  |

Genaue Adresse (Praxis/Abteilung) und Telefonnummer

|  |
| --- |
|  |