**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

|  |
| --- |
|       |