

# Arztbericht: Hilflosenentschädigung

Datum:  
Zuständig:  
Telefon:  
Versicherten-Nr:

Versicherte:

## Abklärung Hilflosenentschädigung

Guten Tag

Wir haben eine Anmeldung für eine Hilflosenentschädigung erhalten.

Die obenerwähnte versicherte Person steht bei Ihnen in ärztlicher Behandlung. Für die Prüfung benötigt die IV-Stelle Ihre kompetente Unterstützung. Wir bitten Sie deshalb, den beiliegenden Arztbericht auszufüllen.

Für das Ausfüllen dieses Formulars können Sie nach Tarmed abrechnen. Weitere Informationen zur Zusammenarbeit mit den IV-Stellen finden Sie auf der Homepage **[www.iv-pro-medico.ch](http://www.iv-pro-medico.ch)**.

Sie können den Bericht auch auf unserer Homepage (**[www.sva-ag.ch](http://www.sva-ag.ch)**) herunterladen. Verfügen Sie über eine sichere Mailadresse, so können Sie Ihren Bericht auch gerne an **[ivhin@sva-ag.ch](mailto:ivhin@sva-ag.ch)** (Versichertennummer im Betreff) senden oder per Post zustellen.

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen unter Telefon 062 837 89 56 gerne zur Verfügung.

Wir danken für Ihre Mitarbeit.

Beilagen: Fragebogen Hilflosenentschädigung

# 1. Bericht

Ergänzende Fragen:

## > 1.1

### Diagnosen und Ereignisse mit Auswirkung auf die Selbstständigkeit in den alltäglichen Lebensverrichtungen\*

(\*alltägliche Lebensverrichtungen: An-/Auskleiden, Aufstehen/Absitzen/Abliegen, Essen, Körperpflege, Verrichten der Notdurft und Fortbewegung)

	Bestehend seit: _____
	Bestehend seit: _____
	Bestehend seit: _____
	Bestehend seit: _____

## > 1.2

Wie ist der Gesundheitszustand?

stationär       besserungsfähig       sich verschlechternd

Prognose?

--

## > 1.3

An welchem Datum fand die letzte Kontrolle oder ambulante Behandlung statt?

--

**Bei Minderjährigen bitten wir Sie, den Bericht der letzten Vorsorgeuntersuchung beizulegen.**

## > 1.4

Fanden stationäre Aufenthalte statt?

ja       nein

Bitte legen Sie die Kopien der Austrittsberichte bei oder geben Sie uns die genauen Daten (Monat/Jahr) bekannt.

vom	bis	Name des Spitals/Abteilung

> **1.5**

**Ärztlicher Befund**

Bitte beschreiben Sie den Gesundheitszustand und die bestehenden Beeinträchtigungen in den alltäglichen Lebensverrichtungen:

Physische Einschränkung

---

---

Psychische Einschränkung

---

---

Kognitiv-intellektuelle Einschränkung

---

---

> **1.6**

Kann die Hilflosigkeit durch den Einsatz geeigneter Hilfsmittel vermindert werden?

ja       nein

Wenn ja, durch welche?

---

---

> **1.7**

Stimmen die Angaben über die Hilflosigkeit mit Ihren Feststellungen überein?

ja       nein

Begründung:

---

---

> **1.8**

Weitere Bemerkungen:

---

---

**2. Unterschrift**

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

---

---