Ärztliche Verordnung für Hilfsmittel

Elektrobett, Patientenheber und Kinder-Autositz der IV

# Name & Vorname: Geburtsdatum:

1. Genaue Diagnose/n:

1. Bei der versicherten Person sind die medizinischen Voraussetzungen für die Abgabe des folgenden Hilfsmittels erfüllt:

☐ **Elektrobett** (mit Aufziehbügel): Die versicherte Person ist im privaten Wohnbereich auf ein Elektrobett angewiesen, um zu Bett zu gehen und aufzustehen. Es liegt keine dauernde Bettlägerigkeit vor. Das Hilfsmittel ist voraussichtlich länger als ein Jahr lang notwendig.

*Matratzen und sonstiges Zubehör können nicht übernommen werden.*

☐ **Patientenheber** im privaten Wohnbereich: Das Hilfsmittel ist voraussichtlich länger als ein Jahr lang notwendig.

☐ **Spezieller Rehab-Kinder-Autositz**: Keine Kopf- und Rumpfkontrolle.

Ab dem vollendeten 12. Altersjahr 🡺 Grösse des Kindes: …………………

**Bemerkungen**

Datum:

Vorname und Name:

Adresse:  
(Praxis oder Spital/Klinik)

Stempel und Unterschrift  
des Arztes/der Ärztin: