

**Arztbericht:
Hilflosenentschädigung**



IV-Stelle
Bahnhofplatz 3C
5001 Aarau
Telefon 062 836 81 81
Fax 062 836 84 99
www.sva-ag.ch

Datum:

Zuständig:

Direktwahl:

Versicherten-Nr.

Versicherte:

**Abklärung Hilflosenentschädigung
Bitte Arztbericht ausfüllen und retournieren**

Guten Tag

Ihre Patientin, Ihr Patient hat gesundheitliche Einschränkungen, die zu einer IV/AHV-Anmeldung führten. Für die rasche Prüfung benötigt die IV-Stelle Ihre kompetente Unterstützung.

Wir bitten Sie deshalb, den beiliegenden Arztbericht zu beantworten, soweit Ihnen dies von Ihrem Fachgebiet und Ihrem Patientendossier her möglich ist.

Sie können den Arztbericht auch auf unserer Website herunterladen.

Bitte füllen Sie den Arztbericht elektronisch oder mit Schreibmaschine aus und senden Sie ihn danach bitte so rasch als möglich zurück. Für das Ausfüllen dieses Formulars können Sie wie bisher nach Tarmed abrechnen.

Wir danken Ihnen und grüssen Sie freundlich.

Beilagen: Fragebogen Hilflosenentschädigung

1. Bericht

Ergänzende Fragen:

> 1.1

Diagnosen

Bei somatischen Erkrankungen bitte ICD 10- und bei psychiatrischen Erkrankungen noch zusätzlich DSM-IV-Codes angeben.
Angaben

|

Bestehend seit:

Bestehend seit:

Bestehend seit:

Bestehend seit:

> 1.2

Wie ist der Gesundheitszustand?

stationär

besserungsfähig

sich verschlechternd

Prognose?

|

> 1.3

Ambulante Behandlung durch Sie

vom

bis

|

|

Datum der letzten Kontrolle

|

> 1.4

Fanden stationäre Aufenthalte statt?

ja

nein

vom

bis

Name des Spitals / Abteilung

|

|

|

Bitte Kopien von Austrittsberichten beilegen

> **1.5**

Ärztlicher Befund

Bitte beschreiben Sie den Gesundheitszustand und die bestehenden Beeinträchtigungen

Physische Einschränkung (Art / Auswirkung)

|

Psychische Einschränkung (Art / Auswirkung)

|

Kognitiv-intellektuelle Einschränkung (Art / Auswirkung)

|

> **1.6**

Kann die Hilflosigkeit durch den Einsatz geeigneter Hilfsmittel vermindert werden?

ja

nein

Wenn ja, durch welche?

|

> **1.7**

Weitere Bemerkungen

|

> **1.8**

Stimmen die Angaben über die Hilflosigkeit unter Ziffer 4 (Seite 3 und 4) mit Ihren Feststellungen überein?

ja

nein

Wenn nein, Begründung

|

2. Unterschrift

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

|

Genauere Adresse (Praxis/Abteilung)

|

3. Beilagen

Wir bitten Sie, Kopien der Berichte von Spitälern und Spezialärzten/Spezialärztinnen zuhanden unseres ärztlichen Dienstes beizulegen oder diese genau zu bezeichnen, damit wir sie selbst anfordern können. Originalberichte werden nach Einsichtnahme zurückgesandt.

|