

Fragebogen: Revision der Hilflosenentschädigung IV und AHV

1. Personalien

Vorname	Familiename
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)	Versichertennummer (AHV-Nummer (13-stellig), beginnend mit 756)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aktueller Aufenthaltsort (falls abweichend vom gesetzlichen Wohnsitz)	
<input type="text"/>	
Postleitzahl, Ort	Strasse, Hausnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Gesetzlicher Wohnsitz mit genauer Adresse

Postleitzahl, Ort	Strasse, Hausnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bei Spital- oder Heimaufenthalt: Datum des Eintritts	
<input type="text"/>	

3. Beistandschaft und Vorsorgeauftrag

Besteht eine Beistandschaft? ja nein

Besteht ein Vorsorgeauftrag nach ZGB 360ff? ja nein

Wenn ja, Name und Adresse des Beistandes/Vertreters (bitte Kopie Ernennungsurkunde beilegen)

Sitz der zuständigen Schutzbehörde

4. Gesundheitszustand

Ist Ihr Gesundheitszustand gleich geblieben? ja nein

Hat sich Ihr Gesundheitszustand verbessert verschlechtert

Seit wann?

Wurde die allfällige Verschlechterung ganz oder teilweise durch eine Drittperson herbeigeführt? ja nein

Worin besteht die allfällige Änderung?

Bei wem stehen Sie in ärztlicher Behandlung?
(für die Durchführung der Revision sind wir auf aktuelle medizinische Angaben angewiesen)

Name und Adresse *des Hausarztes/der Hausärztin*

Datum der letzten Kontrolle

Name und Adresse *des Spezialarztes/der Spezialärztin* bzw. des Spitals oder Pflegeheims

Datum der letzten Kontrolle

5. Angaben zur Hilflosigkeit

Sind Sie bei den folgenden alltäglichen Lebensverrichtungen auf regelmässige und erhebliche Unterstützung angewiesen?

5.1 An-/Auskleiden

ja nein

seit (Monat/Jahr)

Art und Häufigkeit der Dritthilfe (genaue Beschreibung)

5.2 Aufstehen/Absitzen/Abliegen

ja nein

seit (Monat/Jahr)

Art und Häufigkeit der Dritthilfe (genaue Beschreibung)

5.3 Essen (Nahrung zerkleinern, Nahrung zum Mund führen)

ja nein

seit (Monat/Jahr)

Art und Häufigkeit der Dritthilfe (genaue Beschreibung)

5.4 Körperpflege (Waschen, Kämmen, Rasieren, Baden/Duschen)

ja nein

seit (Monat/Jahr)

Art und Häufigkeit der Dritthilfe (genaue Beschreibung)

5.5 Verrichten der Notdurft (Reinigung, Ordnen der Kleider, Katheterisierung oder ähnliches)

ja nein

seit (Monat/Jahr)

Art und Häufigkeit der Dritthilfe (genaue Beschreibung)

5.6 Fortbewegung (in der Wohnung und im Freien)

ja nein

seit (Monat/Jahr)

Art und Häufigkeit der Dritthilfe (genaue Beschreibung)

Pflege gesellschaftlicher Kontakte

ja nein

seit (Monat/Jahr)

Art und Häufigkeit der Dritthilfe (genaue Beschreibung)

5.7 Sind Sie auf andauernde Pflege angewiesen?

tagsüber nachts nein

5.8 Sind Sie auf dauernde persönliche Überwachung angewiesen?

tagsüber nachts nein

5.9 Wer leistet die oben erwähnte Dritthilfe (Angehörige, Spitex, etc.)

	Telefon:
	Telefon:

6. Angaben zur lebenspraktischen Begleitung für Erwachsene, die nicht in einem Heim wohnen (nur für Personen im IV-Alter)

Sind Sie wegen gesundheitlicher Beeinträchtigungen dauernd und regelmässig auf eine lebenspraktische Begleitung (d. h. Hilfe im Sinne von Anleitung/Erklärung zur Ermöglichung des selbständigen Wohnens, bei ausserhäuslichen Verrichtungen und Kontakten oder zur Verhinderung einer dauernden Isolation von der Aussenwelt) angewiesen?

ja nein

Wenn ja, wobei und in welcher Form benötigen Sie die Unterstützung?

7. Unterschrift/Beilagen

Der/die Unterzeichnende bestätigt, sämtliche Angaben in diesem Formular und den dazugehörenden Anlagen wahrheitsgetreu und vollständig erteilt zu haben.

Datum

Unterschrift des/der Versicherten oder des Vertreters/der Vertreterin

Adresse des Vertreters/der Vertreterin, sofern der/die Versicherte nicht unterschreiben kann

Beilagen und ergänzende Bemerkungen
