Arztbericht:

Hilflosenentschädigung AHV

<SEN\_Kopie>

<ADR\_Empfaenger\_Original>

<SEN\_OCR\_Code>

<SEN\_Versandart>

|  |
| --- |
| <KON\_IVS\_AdrZTelFaxOez> |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: | <SEN\_Datum\_KZ> |
| Zuständig: | <ALL\_Zustaendig> |
| Direktwahl: | <ALL\_Zust\_Tel> |
| Versicherten-Nr: | <STA\_Vers\_Nr> |

|  |  |
| --- | --- |
| <ADR\_VL> | **<ADR\_Versicherter>** |

Abklärung Hilflosenentschädigung AHV

Informationen zum elektronischen Dokumentenaustausch finden Sie auf unserer Website:

[www.sva-bl.ch](http://www.sva-bl.ch)

Bitte Arztbericht ausfüllen und retournieren

Guten Tag

Ihre Patientin, Ihr Patient hat gesundheitliche Einschränkungen, die zu einer Anmeldung für eine Hilflosenentschädigung der AHV 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.

In diesem Zusammenhang weisen wir auf das [Merkblatt zur Rechnungsstellung](http://www.sva-bl.ch/de/formulare-merkblaetter) (unter «Formulare & Merkblätter») hin.

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 Arztbericht auch auf unserer Website herunterladen (www.sva-bl.ch).

Bitte füllen Sie den Arztbericht elektronisch oder mit Schreibmaschine aus und senden Sie ihn danach so rasch als möglich zurück.

Wir danken Ihnen und grüssen Sie freundlich.

1. Bericht

1.1 Diagnosen

|  |
| --- |
|  |

1.2 Gesundheitszustand

Wie ist der Gesundheitszustand?

stationär  besserungsfähig  sich verschlechternd

Prognose?

|  |
| --- |
|  |

Ambulante Behandlung durch Sie

vom bis

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Datum der letzten Kontrolle

|  |
| --- |
|  |

1.3 Stationäre Aufenthalte?

Fanden stationäre Aufenthalte statt?

ja  nein

vom bis Name des Spitals / Abteilung

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

1.4 Ärztlicher Befund

Bitte beschreiben Sie den Gesundheitszustand und die bestehenden Beeinträchtigungen.

Physische Einschränkung (Art / Auswirkung)

|  |
| --- |
|  |

Psychische Einschränkung (Art / Auswirkung)

|  |
| --- |
|  |

Kognitiv-intellektuelle Einschränkung (Art / Auswirkung)

|  |
| --- |
|  |

1.5 Hilfsmittel

Kann die Hilflosigkeit durch den Einsatz geeigneter Hilfsmittel vermindert werden?

ja  nein

Wenn ja, durch welche?

|  |
| --- |
|  |

1.6 Angaben zur Hilflosigkeit

Decken sich die unter Ziffer 4.1 gemachten Angaben – auch bezüglich der Hilfsbedürftigkeit – mit den von Ihnen erhobenen Befunden?

ja  nein

1.7 Bemerkungen

Wir bitten Sie insbesondere dann um nähere Angaben, falls Sie die vorangehende Frage verneint haben.

|  |
| --- |
|  |

2. Unterschrift

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

|  |
| --- |
|  |

Genaue Adresse (Praxis / Abteilung)

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Telefonnummer für Rückfragen | |