Arztbericht:
Hilflosenentschädigung

Datum:
Zuständig:
Direktwahl:
Versicherten-Nr:

Versicherte Person:

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.

1. Bericht

Ergänzende Fragen:

1.1

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

Bestehend seit:

Bestehend seit:

Bestehend seit:

Bestehend seit:

1.2

Wie ist der Gesundheitszustand?
☐ stationär ☐ verbessert ☐ verschlechtert

Bei verändertem Gesundheitszustand: Was hat sich seit welchem Zeitpunkt verbessert/verschlechtert?

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

Genaue 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.

Hinweise:

a) Wir verfügen über eine aktuelle, rechtsgültig unterzeichnete Befreiung von der Schweigepflicht für alle ärztlichen Stellen.

b) Wir besitzen auch eine Befreiung von der Schweigepflicht Ihnen gegenüber und sind in der Folge legitimiert Ihnen mitzuteilen, dass die oben erwähnte versicherte Person bei uns angemeldet ist, und die bereits vorhandenen med. Akten uns zur Kenntnis gebracht werden dürfen.