|  |
| --- |
| WAS Wirtschaft Arbeit SozialesIV LuzernLandenbergstrasse 35 | Postfach | 6005 Luzern | Telefon +41 41 209 00 02iv@was-luzern.ch | www.was-luzern.ch/iv |

Versicherten-Nr.

Zuständig

Telefon

Datum

Bitte 1. Seite des original Arztberichtes beilegen (OCR-Code).

Beiblatt zur Anmeldung für eine Hilflosenentschädigung IV / AHV



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

|  |  |
| --- | --- |
| Versicherter: |  |
|  |  |

**Beiblatt zum Anmeldeformular für eine Hilflosenentschädigung der AHV/IV**

Angaben (Feststellungen) des Arztes / der Ärztin

1. Untersuchung vom In Behandlung vom bis
2. Diagnosen (bitte die wichtigsten unterstreichen):
3. Stimmen die Angaben zur Hilflosigkeit mit Beginn und Art der Hilfe

 mit Ihren Feststellungen überein? [ ]  Ja [ ]  Nein

Wenn nein, Begründung:

1. Kann der Gesundheitszustand mit medizinischen Massnahmen [ ]  Ja [ ]  Nein

verbessert werden? Wenn ja, mit welchen?

1. Kann die Hilflosigkeit durch den Einsatz geeigneter Hilfsmittel

vermindert werden? [ ]  Ja [ ]  Nein

Wenn ja, welche?

1. Prognose [ ]  stationär [ ]  besserungsfähig [ ]  sich verschlechternd
2. Bemerkungen

Datum: Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin

Beilage:

Kopie der Anmeldung

Die Vergütung dieses Formulars bei Rücksendung innert 10 Tagen erfolgt nach Ziffer 00.2205 TARMED