|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Invalidenversicherungs-StelleImpasse de la Colline 1, Postfach, 1762 Givisiez |  |  |
| Name und Adresse des Arztes |  | **AHV-Nummer:** **Gesuch vom** **Réf :** **T** **I/Zeichen:**  |
| Givisiez,  |  |  |

|  |
| --- |
|  |

**Name, Vorname der versicherten Person:**

**Geboren am**

**Verlaufsbericht zur Anmeldung für eine Hilflosenentschädigung für die Zeit ab dem**

[ ] Beantworten Sie bitte auch die zusätzlichen Fragen auf dem Beiblatt.

Gesundheitszustand: stationär? [ ]

 verschlechtert? [ ]  seit wann?
 verbessert? [ ]  seit wann?

1. Aktuelle Diagnosen mit Auswirkung auf die Hilflosenentschädigung (Bei psychiatrischen Erkrankungen
bitte ICD 10 oder DSM-IV-Codes angeben)

 Bestehend seit wann?

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

1. Verlauf/veränderte Befunde:

1. Liste der im Moment einzunehmenden Medikamente (inkl. Dosierung):

1. Therapeutische Massnahmen/Prognose:

1. Ist die versicherte Person trotz Verwendung von Hilfsmitteln regelmässig und in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen? Wenn ja, in welchen Bereichen und seit wann?

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ja | nein | seit wann? |  | ja | nein | seit wann? |
| Ankleiden/Auskleiden | [ ]  | [ ]  |  | Verrichten der Notdurft(nur Körperreinigung) | [ ]  | [ ]  |  |
| Aufstehen/Absitzen/Abliegen | [ ]  | [ ]  |  | Fortbewegung | [ ]  | [ ]  |  |
| Essen | [ ]  | [ ]  |  | Pflege gesellschaftlicherKontakte | [ ]  | [ ]  |  |
| Körperpflege | [ ]  | [ ]  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | tagsüber | nachts | nein | seit wann? |
| Ist die versicherte Person auf andauernde Pflege angewiesen? | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| Ist die versicherte Person auf eine persönliche Überwachung angewiesen? | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |

**Nur für versicherte Personen, die nicht in einem Heim wohnen**

Benötigt die versicherte Person aufgrund des Gesundheitsschadens eine regelmässige und dauernde Begleitung, um die notwendigen Lebensaktivitäten zu verrichten (um selbständig zu leben, Aktivitäten nachzugehen und soziale Kontakte ausserhalb des Wohnbereiches zu haben) oder um die Isolation zur Aussenwelt zu verhindern?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ja [ ]  | nein [ ]  | seit wann? |

1. Halten Sie eine ergänzende medizinische Abklärung für angezeigt? [ ] ja [ ] nein
2. Datum der letzten ärztlichen Kontrolle:
3. In welchen zeitlichen Abständen erfolgen die ärztlichen Behandlungen?
4. Zusatzinformationen, Ergänzungen und Vorschläge:

1. **Beilagen**

Wir bitten Sie, neue in der Zwischenzeit eingetroffene Berichte von Spitälern und Spezialärzten/-ärztinnen zuhanden unseres ärztlichen Dienstes beizulegen oder diese zu bezeichnen, damit wir sie selbst anfordern können.

Originalberichte werden nach Einsichtnahme zurückgesandt.

Datum Stempel und Unterschrift des Arztes