|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Invalidenversicherungs-Stelle Impasse 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**

**Beiblatt zum Anmeldeformular für eine Hilflosenentschädigung Minderjährige**

Vom Arzt/von der Ärztin auszufüllen

Angaben (Feststellungen) des Arztes/der Ärztin

1. Untersuchung vom       In Behandlung vom       bis
2. Diagnosen (bitte die wichtigsten unterstreichen):
3. Stimmen die Angaben über die Hilflosigkeit gemäss

beiliegender Anmeldung 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