

Arztbericht: Hilflosenentschädigung AHV

IV-Stelle Luzern
Landenbergstrasse 35
Postfach
6002 Luzern

Hilflosenentschädigung AHV: Bitte Arztbericht ausfüllen und retournieren

Guten Tag

Ihre Patientin, Ihr Patient hat gesundheitliche Einschränkungen, die zu einer Anmeldung führten. Für die rasche Prüfung benötigen wir Ihre kompetente Unterstützung.

Wir bitten Sie deshalb, den beiliegenden Arztbericht zu beantworten, soweit Ihnen dies von Ihrem Fachgebiet und Ihrem Patientendossier her möglich ist. Wenn deswegen einzelne Punkte offengelassen werden, haben wir durchaus Verständnis.

Sie können den Arztbericht auch auf unserer Website herunterladen.

Bitte füllen Sie den Arztbericht elektronisch oder von Hand aus und senden Sie ihn danach bitte so rasch als möglich zurück. Für das Ausfüllen dieses Arztberichts können Sie gemäss Tarmed abrechnen.

Wir danken Ihnen und grüssen Sie freundlich.

Arztbericht

Beurteilung des Anspruches auf eine Hilflosenentschädigung AHV

Ergänzende Fragen

Versicherte Person (Vorname, Name)

Geburtsdatum

AHV-Nummer

1. Diagnosen

Hauptdiagnosen bitte unterstreichen

2. Ärztliche Angaben

> 2.1

Untersuchung vom

> 2.2

Zeitraum der Behandlung

3. Stationäre Aufenthalte

Fanden stationäre Aufenthalte statt?

ja

nein

von

bis

Name des Spitals

4. Hilfsmittel

Kann durch die Abgabe von Hilfsmitteln die Hilflosigkeit vermindert werden?

ja

nein

Wenn ja, mit welchen?

5. Gesundheitszustand

Der Gesundheitszustand der versicherten Person ist

gleichbleibend besserungsfähig sich verschlechternd

Prognose

6. Ärztlicher Befund

Beschreiben Sie den Gesundheitszustand und die bestehenden Beeinträchtigungen.

> 6.1

Physische Einschränkungen (Art und Auswirkung)

> 6.2

Psychische Einschränkungen (Art und Auswirkung)

> 6.3

Kognitiv-intellektuelle Einschränkungen (Art und Auswirkung)

7. Angaben zur Hilflosigkeit

Decken sich die Angaben der versicherten Person – auch bezüglich der Hilfsbedürftigkeit – mit den von Ihnen erhobenen Befunden?

ja nein

Falls nein bitten wir Sie um nähere Angaben.

8. Bemerkungen

9. Unterschrift

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

Genaue Adresse (Praxis/Abteilung) und Telefonnummer
