Arztbericht:

Hilflosenentschädigung

**Datum:

Versicherte Person: Versicherten-Nr.:

 Name Versicherte/r:

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.

Bitte füllen Sie den Arztbericht elektronisch aus und senden Sie ihn danach so rasch als möglich zurück. Für das Ausfüllen dieses Formulars können Sie wie bisher nach Tarmed abrechnen.

In diesem Zusammenhang weisen wir auf das [Merkblatt zur Rechnungsstellung](http://www.sva-bl.ch/de/zugaenge-fuer/aerzte/) (unter «Arztberichte/ Gutachten») hin.

Weitere Informationen zur Zusammenarbeit mit den IV-Stellen finden Sie auf der Homepage [www.iv-pro-medico.ch](http://www.iv-pro-medico.ch)

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 2 (Seite 2) 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:**

1. **Wir verfügen über eine aktuelle, rechtsgültig unterzeichnete Befreiung von der Schweigepflicht für alle ärztlichen Stellen.**
2. **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.**