|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Arztbericht:  Hilflosenentschädigung |  |  |

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

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

Hilflosenentschädigung:

Bitte Arztbericht ausfüllen und retournieren

Guten Tag

Ihre Patientin/Ihr Patient hat gesundheitliche Einschränkungen, die zu einer IV-Anmeldung führten. Für die rasche Prüfung benötigt die IV-Stelle Ihre kompetente Unterstützung.

Im IV-Verfahren Ihres Patienten sind wir weiterhin auf Ihre kompetente Unterstützung angewiesen.

Wir bitten Sie deshalb, den beiliegenden Fragebogen auszufüllen, soweit Ihnen dies von Ihrem Fachgebiet und Ihrem Patientendossier her möglich ist. Wenn deswegen einzelne Punkte offen gelassen werden, haben wir durchaus Verständnis.

Sie können den Arztbericht auch auf unserer Website herunterladen. Bitte füllen Sie den Arztbericht elektronisch oder in Blockschrift aus und senden Sie ihn danach bitte so rasch als möglich zurück.

Für das Ausfüllen können Sie wie bisher nach Tarmed abrechnen. Aufgrund einer Systemänderung lautet die Verfügungsnummer **neu standardmässig 301299**.

Wir danken Ihnen und grüssen Sie freundlich.

SVA Zürich

IV-Stelle

|  |
| --- |
|  |

Arztbericht : Hilflosenentschädigung

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Versicherte Person (Vorname, Name) | Geburtsdatum | Versichertennummer |

1. Allgemeine Angaben

* 1.1

Wo hält sich Ihre Patientin/Ihr Patient mehrheitlich auf?

zu Hause  im Heim

* 1.2

Wodurch wurde die Hilflosigkeit ausgelöst?

Krankheit  Unfall

* 1.3

Welche Diagnosen sind relevant für das Ausmass der Hilflosigkeit?

Bitte zusätzlich ICD 10- oder DSM-IV-Codes angeben

Seit wann?

|  |
| --- |
|  |

* 1.4

Hat sich der Gesundheitszustand verändert?

ja  nein

Wenn ja, seit wann?

Weshalb?

|  |
| --- |
|  |

* 1.5

Steht Ihre Patientin/Ihr Patient zurzeit in therapeutischer Behandlung?

ja  nein

Wenn ja, in welcher Behandlung und bei wem?

|  |
| --- |
|  |

2. Fragen zur Hilflosigkeit

Die folgenden Fragen sind relevant für die Beurteilung des Hilflosigkeitsgrades durch die Invalidenversicherung.

* 2.1

Sind funktionelle oder geistig bedingte Einschränkungen in den 6 Lebensverrichtungen;   
Ankleiden/Auskleiden, Aufstehen/Absitzen/Abliegen, Essen, Körperpflege, Verrichten der Notdurft und Fortbewegung vorhanden?

ja  nein

Wenn ja, welche und seit wann?

|  |
| --- |
|  |

* 2.2

Benötigt Ihre Patientin/Ihr Patient Hilfeleistungen beim selbständigen Wohnen?

ja  nein

Wenn ja, inwiefern und seit wann?

|  |
| --- |
|  |

* 2.3

Benötigt Ihre Patientin/Ihr Patient Unterstützung oder Begleitung bei der Kontaktpflege ausserhalb der Wohnung?

ja  nein

Wenn ja, weshalb und welche?

|  |
| --- |
|  |

* 2.4

Liegt eine Isolation von der Aussenwelt vor?

ja  nein

Wenn ja, inwiefern?

|  |
| --- |
|  |

* 2.5

**Dauernde Pflege**

Wird medizinische Hilfe benötigt?

ja  nein

Wenn ja, welche?

|  |
| --- |
|  |

* 2.6

**Dauernde persönliche Überwachung**

Liegt eine Eigen- oder Fremdgefährdung vor?

ja  nein

Wenn ja, weshalb und seit wann?

|  |
| --- |
|  |

3. Unterschrift

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

|  |
| --- |
|  |

Genaue Adresse (Praxis/Abteilung)

|  |
| --- |
|  |

Telefonnummer für Rückfragen und allenfalls Zeiten guter Erreichbarkeit

|  |
| --- |
|  |