****

|  |
| --- |
| **Fragebogen zur Revision**  **der Hilflosenentschädigung** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Versicherte Person (Vorname, Name)**  , | **Geburtsdatum** | **AHV-Nummer** |

**Arzt** :

Wir benötigen Ihre Angaben im Hinblick auf die Revision der Hilflosenentschädigung der obgenannten Person. Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen, aufgrund Ihrer Akten, und geben Sie **allfällige Änderungen des Gesundheitszustands seit Ihrer letzten Beurteilung (vgl. Beilage) an.**

1. Hauptdiagnosen die eine Hilflosigkeit verursachen :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...………………

2. Weitere Diagnosen die Einfluss auf die Hilflosigkeit haben können :

……………………………..………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

3. Der Gesundheitszustand :  ist gleich geblieben  hat sich verbessert  hat sich verschlechtert

4. Letzte Konsultation am :       Behandlung von:       bis :

1. Spitalaufenthalte (seit Ihrem letzten Arztbericht) Ja  Nein    
   Wenn ja : von       bis:       , Ort: ……………………………..   
    von       bis:       , Ort : ……………………………..
2. Bei einer Verbesserung / Verschlechterung des Gesundheitszustands (siehe Absatz 1), wollen Sie bitte detailliert angeben, worin diese besteht und welche Beurteilungen/Angaben Ihres früheren Arztberichts angepasst werden müssen ::………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………......................………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………......................………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………......................………
3. Es ist eine erhebliche Änderung des Gesundheitszustands eingetreten. Ich bitte um Zustellung eines Formulars für einen ausführlichen Arztbericht und wünsche eine klinische Untersuchung der versicherten Person vorzunehmen. Ankreuzen falls ja :
4. Prognose :  stationär  besserungsfähig  sich verschlechternd

Datum :.......................,…………………. Stempel und Unterschrift des Arztes

……………………………………………..