|  |
| --- |
| **Fragebogen zur Festlegung des Anspruchs****auf eine Hilflosenentschädigung****Kopf-Logo** |

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

**Arzt** :

**Diagnose(n)** : …………………………………………..

Korrigierter Fernvisus rechtes Auge  : …………..

Korrigierter Fernvisus linkes Auge : …………..

1. Die versicherte Person hat einen Fernvisus von
 beidseitig weniger als 0.2 Nein [ ]  Ja [ ]
2. Die versicherte Person hat eine Einschränkung des Gesichtsfelds
 auf 10 Grad Abstand vom Zentrum (20 Grad horizontaler Durchmesser) Nein [ ]  Ja [ ]

Falls ja, wieviel Grad? :……………

1. Die versicherte Person hat :

Eine Verminderung der Sehschärfe **und** eine Gesichtsfeldeinschränkung

**oder**

eine andere Beeinträchtigung des Gesichtsfeldes (z.B.: sektor- oder sichelförmige Ausfälle, Hemianopsien oder Zentralskotome)

**welche** die gleichen Auswirkungen wie ein korrigierter Fernvisus von beidseitig weniger als 0.2 oder eine Gesichtsfeldeinschränkung von 10 GradAbstand vom Zentrum haben.

 Nein [ ]  Ja [ ]

Falls ja, genaue Beschreibung der Auswirkungen :

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

**Seit welchem Datum (Monat/Jahr)?** : ..............................

Wichtiger Hinweis : Bitte geben Sie den genauen Zeitpunkt an, ab welchem eine der drei vorgenannten Voraussetzungen (Buchstaben a, b, oder c) objektiv zum ersten Mal erfüllt war.

**Sind Octopusberichte in Ihrem Besitz?**  Nein [ ]  Ja [ ]

Falls ja, bitte beilegen.

**Prognose : Ist eine Verbesserung möglich?**  Nein [ ]  ja [ ]

Datum :………………………… Stempel und Unterschrift :

 ………………………………