|  |
| --- |
| **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 :

………………………………