**Fragebogen zur Festlegung des Anspruchs**

**auf eine Hilflosenentschädigung**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Versicherte Person (Vorname, Name)**PRENAS, NOMAS | **Geburtsdatum**DANAAS | **AHV-Nummer**NAVSAS |

**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.

1. 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.

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

Falls ja, bitte beilegen.

1. **Prognose : Ist eine Verbesserung möglich?** Nein [ ]  Ja [ ]

Datum : Stempel und Unterschrift :