|  |
| --- |
| **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 :

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

1. Der Gesundheitszustand : [ ]  ist gleich geblieben [ ]  hat sich verbessert [ ]  hat sich verschlechtert
2. Letzte Konsultation am :       Behandlung von :       bis :
3. Spitalaufenthalte (seit Ihrem letzten Arztbericht) Ja [ ]  Nein [ ]

Wenn ja : von       bis       Ort :

 von       bis       Ort :

1. 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

1. 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 : [ ]
2. Prognose : [ ]  stationär [ ]  besserungsfähig [ ]  sich verschlechternd

Datum : Stempel und Unterschrift des Arztes