|  |
| --- |
| WAS Wirtschaft Arbeit Soziales  IV Luzern  Landenbergstrasse 35 | Postfach | 6005 Luzern | Telefon +41 41 209 00 02  iv@was-luzern.ch | www.was-luzern.ch/iv |

Versicherten-Nr.

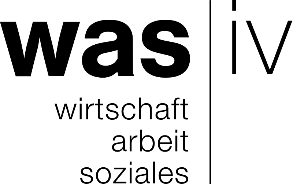
Zuständig

Telefon

Datum

Bitte 1. Seite des original Arztberichtes beilegen (OCR-Code).

Beiblatt zur Anmeldung für eine Hilflosenentschädigung IV / AHV



|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Versicherter: |  |
|  |  |

**Beiblatt zum Anmeldeformular für eine Hilflosenentschädigung der AHV/IV**

Angaben (Feststellungen) des Arztes / der Ärztin

1. Untersuchung vom In Behandlung vom bis
2. Diagnosen (bitte die wichtigsten unterstreichen):
3. Stimmen die Angaben zur Hilflosigkeit mit Beginn und Art der Hilfe

mit Ihren Feststellungen überein?  Ja  Nein

Wenn nein, Begründung:

1. Kann der Gesundheitszustand mit medizinischen Massnahmen  Ja  Nein

verbessert werden? Wenn ja, mit welchen?

1. Kann die Hilflosigkeit durch den Einsatz geeigneter Hilfsmittel

vermindert werden?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

1. Prognose  stationär  besserungsfähig  sich verschlechternd
2. Bemerkungen

Datum: Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin

Beilage:

Kopie der Anmeldung

Die Vergütung dieses Formulars bei Rücksendung innert 10 Tagen erfolgt nach Ziffer 00.2205 TARMED