|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Invalidenversicherungs-StelleImpasse de la Colline 1, Postfach, 1762 Givisiez |  |  |
| Name und Adresse des Arztes |  | **AHV-Nummer:** **Gesuch vom** **Réf :** **T** **I/Zeichen:**  |
| Givisiez,  |  |  |

|  |
| --- |
|  |

**Name, Vorname der versicherten Person:**

**Geboren am**

**Beiblatt zum Anmeldeformular für eine Hilflosenentschädigung Minderjährige**

Vom Arzt/von der Ärztin auszufüllen

Angaben (Feststellungen) des Arztes/der Ärztin

1. Untersuchung vom       In Behandlung vom       bis
2. Diagnosen (bitte die wichtigsten unterstreichen):
3. Stimmen die Angaben über die Hilflosigkeit gemäss

beiliegender Anmeldung 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