|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Arztbericht betreffend:****Hilflosenentschädigung der AHV/IV** |  | **Sozialversicherungsanstalt****des Kantons Graubünden****IV-Stelle****Postfach****7001 Chur** |
|  |  |  |
|  |  | Ottostrasse 24Postfach7001 ChurTelefon 081 257 41 11Fax 081 257 42 22www.sva.gr.ch |

Arztbericht-Formular betreffend
Hilflosenentschädigung der AHV/IV

Guten Tag

Wir bitten Sie, das ausgefüllte Formular innert Monatsfrist zurücksenden. Sie können dieses Formular auch von unserer Webseite herunterladen.

Eine kurze Übersicht über den Begriff der Hilflosigkeit in der AHV/IV gibt Ihnen der Text auf Seite 3 des Anmeldeformulars.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Wir grüssen Sie freundlich

IV-Stelle

des Kantons Graubünden

|  |  |
| --- | --- |
| Arztbericht betreffendHilflosenentschädigung der AHV/IV: Versanddatum:       | 001 / 120 |
| Vorname, Name der versicherten Person      | Geburtsdatum      | AHV-Nummer       |
| Name und Adresse des Arztes/der Ärztin      |

Arztbericht für die Beurteilung des Anspruchs auf:

Hilflosenentschädigung der AHV [ ]  der IV [ ]

Angaben (Feststellungen) des Arztes / der Aerztin

1. **Besondere Fragen der IV-Stelle**

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

1. **Anamnese** (Angaben über den Beginn der Hilflosigkeit)

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

1. **Diagnosen** (bitte die wichtigsten unterstreichen)

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

1. **Ärztlicher Befund**

Untersuchung vom

Beobachtung vom       bis

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

1. **Fragen** (zutreffendes bitte ankreuzen)
	1. Sind die Angaben des/der Versicherten bzw. der Abklärungsperson mit den von Ihnen erhobenen Befunden vereinbar?
	[ ]  ja [ ]  nein

Wenn nein, welche Änderungen oder Ergänzungen haben Sie anzubringen?

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

* 1. Wie ist der Gesundheitszustand des/der Versicherten?
	[ ]  stationär [ ]  besserungsfähig [ ]  sich verschlechternd

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

* 1. Könnte der Zustand durch medizinische Massnahmen verbessert werden?
	[ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, durch welche?

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

* 1. Könnte die Hilflosigkeit durch die Anschaffung von Hilfsmitteln vermindert werden?
	[ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, mit welchen?

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

* 1. Haben Sie besondere Bemerkungen anzubringen?
	[ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, welche?

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

|  |  |
| --- | --- |
| Ort und Datum | Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin |
|       |       |

Beilage

Anmeldung Hilflosenentschädigung