

Informationen:  
041 819 04 25  
info@aksz.ch  
www.aksz.ch



# Arztbericht zur Anmeldung für eine Hilflosenentschädigung

IV-Stelle Schwyz  
Postfach 53  
6431 Schwyz

(vom Arzt / von der Ärztin auszufüllen)

Versanddatum:

## 1 Persönliche Angaben

Angaben zur versicherten Person	Name und Adresse des Arztes / der Ärztin
Name: _____	Name: _____
Vorname: _____	Vorname: _____
Strasse: _____	Strasse: _____
PLZ/Ort: _____	PLZ/Ort: _____
Geb.-Datum: _____	Telefon-Nr: _____
Vers.-Nr.: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Gesetzliche/r Vertreter/in: _____	

Beiblatt zum Anmeldeformular für Hilflosenentschädigung

zur IV

zur AHV

Untersuchung vom \_\_\_\_\_

In Behandlung von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

## 2 Diagnosen

Bitte die wichtigsten Diagnosen unterstreichen.

## 3 Übereinstimmung

Stimmen die Angaben über die Hilflosigkeit unter Ziffer 4 der Anmeldung mit Ihren Feststellungen überein?

ja

nein; bitte begründen

---

## 4 Medizinische Massnahmen

Kann der Gesundheitszustand mit medizinischen Massnahmen verbessert werden?

ja

nein

Wenn ja, mit welchen?

---

## 5 Hilfsmittel

Kann die Hilflosigkeit durch den Einsatz geeigneter Hilfsmittel vermindert werden?

ja

nein

Wenn ja, durch welche?

---

## 6 Prognose

stationär

besserungsfähig

sich verschlechternd

---

---

## 7 Bemerkungen

---

---

---

---

---

## 8 Unterschrift

---

Ort und Datum

---

Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin