|  |
| --- |
| Liechtensteinische AHV-IV-FAK  Invalidenversicherung  Gerberweg 2  9490 Vaduz |

Versicherten Nr.:

Vorname Nachname, Geburtsdatum

**Beiblatt zum Anmeldeformular und Fragebogen für eine Hilflosenentschädigung der**

**IV  oder AHV  (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 mit Ihren Feststellungen überein?

Wenn nein, Begründung:  Ja  Nein

4. Kann der Gesundheitszustand mit medizinischen Massnahmen

verbessert werden?  Ja  Nein

Wenn ja, mit welchen?

5. Kann die Hilflosigkeit durch den Einsatz geeigneter Hilfsmittel vermindert werden?

Wenn ja, welche?  Ja  Nein

6. Prognose:  stationär  besserungsfähig  sich verschlechternd

7. Bemerkungen:

Ort und Datum Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

und/oder Angaben des Spitals