|  |
| --- |
| Liechtensteinische AHV-IV-FAKInvalidenversicherungGerberweg 29490 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