

2. Allgemeine Fragen

In jedem Fall zu beantworten

2.1 Bezieht der Gesuchsteller Ergänzungsleistungen (EL)? ja nein

2.2 Wurde der Gesundheitsschaden, der die Benützung von Hilfsmittel nötig macht, durch einen Dritten verursacht?
ja nein

3. Erstmaliges Gesuch

Bei Gesuchen um Ersatz eines Hilfsmittels, für welches bereits früher von der IV oder AHV Leistungen erbracht wurden, ist nur Ziffer 4 auszufüllen.

3.1 Stehen Sie gegenwärtig in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, Name und Adresse des Arztes.....
..... Tel.-Nr.

3.2 Welches Hilfsmittel beanspruchen Sie?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Definitive funktionelle Fuss- oder Beinprothesen | <input type="checkbox"/> Augenprothesen (Kostenbeitrag) |
| <input type="checkbox"/> Definitive Hand- oder Armprothesen | <input type="checkbox"/> Gesichtsepithesen (Kostenbeitrag) |
| <input type="checkbox"/> Definitive Brust-Exoprothesen nach Mamma Amputationen | <input type="checkbox"/> Perücken (Kostenbeitrag) |
| <input type="checkbox"/> Beinorthesen | <input type="checkbox"/> Hörgeräte |
| <input type="checkbox"/> Armorthesen | <input type="checkbox"/> Sprechhilfegeräte nach Kehlkopfoperationen (Kostenbeitrag) |
| <input type="checkbox"/> Orthopädische Mass-Schuhe (Kostenbeitrag) | <input type="checkbox"/> Rollstühle ohne motorischen Antrieb (Mietkosten) |
| <input type="checkbox"/> Kostspielige Änderungen an Serienschuhen oder serienmässig hergestellten orthopädischen Schuhen | <input type="checkbox"/> Lupenbrillen (Kostenbeitrag) |
| <input type="checkbox"/> Serienmässig hergestellte orthopädische Schuhe (Kostenbeitrag) | |
-

4. Gesuch bei Erneuerung eines Hilfsmittels

4.1 Welches Hilfsmittel muss erneuert werden?

.....

4.2 Für dieses Hilfsmittel wurden letztmals Leistungen zugesprochen am

.....

4.3 Wurde die Erneuerung durch einen Arzt verordnet? ja nein

Wenn ja, Name und Adresse des Arztes

..... Tel.-Nr.

5. Abgabestelle
(Lieferant des Hilfsmittels)

.....

.....

.....

.....

6. Bemerkungen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Vollmacht und Unterschrift

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars ermächtigt der Versicherte oder sein Vertreter alle in Betracht fallenden Personen und Stellen, also namentlich Ärzte, medizinische Hilfspersonen, Spitäler, Heilanstalten, Krankenkassen, öffentliche und private Versicherungen, Amtsstellen sowie private Fürsorgeeinrichtungen, den zuständigen Stellen der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung die für die Abklärung des Anspruchs und die Prüfung der Leistungsberechtigung des Versicherten und für die Durchführung des Rückgriffs auf Dritte, gegen die dem Versicherten aus diesem Versicherungsfall Schadenersatzansprüche zustehen können, erforderlichen **Auskünfte** zu geben.

Der Unterzeichnete bestätigt, seine Antworten wahrheitsgetreu und vollständig erteilt zu haben.

Datum

Unterschrift des Gesuchstellers oder seines Vertreters

.....

Name und Adresse des Vertreters, wenn der Gesuchsteller nicht selbst unterschreibt

.....

..... Tel.-Nr.

Evtl. Bezeichnung und Adresse der Sozialstelle oder Name und Adresse der Person, die den Gesuchsteller betreut

.....

..... Tel.-Nr.