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

**Revision Hilflosenentschädigung:**

**Bitte Verlaufsbericht ausfüllen und retournieren**

Guten Tag

Gemäss Unterlagen ist in diesem Falle eine Überprüfung des Grades der Hilflosigkeit vorgesehen.

Wir bitten Sie deshalb, den beiliegenden Arztbericht zu beantworten, soweit Ihnen dies von Ihrem Fachgebiet und Ihrem Patientendossier her möglich ist. Wenn deswegen einzelne Punkte offengelassen werden, haben wir durchaus Verständnis.

Sie können diesen Fragebogen auch auf unserer Website herunterladen.

([www.ahv.li/online-schalter/formulare/formulare-iv/](http://www.ahv.li/online-schalter/formulare/formulare-iv/))

Bitte füllen Sie den Verlaufsbericht elektronisch oder mit Schreibmaschine aus und senden Sie ihn danach bitte so rasch als möglich zurück. Das Ausfüllen dieses Formulars können Sie uns nach Tarmed verrechnen.

Freundliche Grüsse

Liechtensteinische AHV-IV-FAK

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Versicherte Person (Vorname, Name) | Geburtsdatum | Versichertennummer |

**Revision "Hilflosenentschädigung" der IV  oder AHV**

Gemäss Unterlagen ist in diesem Falle eine Überprüfung des Grades der Hilflosigkeit vorgesehen.

**Revisionstermin:**  x--Datum--x

**Derzeit Anspruch auf:** x--Leichten Grades / Mittleren Grades / Schweren Grades--x

1. Gesundheitszustand seither:  stationär  verschlechtert  verbessert
2. Untersuchung vom:
3. Änderung der Diagnose?  Ja  Nein

Wenn ja, welche haben einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit?

|  |
| --- |
|  |

Seit wann und in welchem Ausmass?

|  |
| --- |
|  |

1. Wurden die Änderungen der Hilflosigkeit durch Unfall herbeigeführt?  Ja  Nein

Wenn ja, geben Sie bitte Name und Adresse der Unfallversicherung an

|  |
| --- |
|  |

1. Bedarf die versicherte Person wegen ihrer Hilflosigkeit regelmässig in erheblicher Weise der Hilfe Dritter für die folgenden alltäglichen Lebensverrichtungen? Die Hilfe ist erheblich, wenn die versicherte Person die betreffende Verrichtung praktisch nicht mehr oder nur mit unzumutbaren Aufwand selbständig ausführen kann.

**Lebensverrichtungen Ja Nein Seit wann? Art der Hilfe**

* 1. An-/Auskleiden
  2. Aufstehen/Absitzen/

Abliegen

* 1. Essen

Speisen ans Bett bringen

Speisen zerkleinern

Speisen zum Munde führen

Kann die versicherte Person  
nur spezielle Nahrung zu

sich nehmen

**Lebensverrichtungen Ja Nein Seit wann? Art der Hilfe**

* 1. Körperpflege

Waschen

Rasieren

Baden / Duschen

* 1. Verrichten der Notdurft
  2. Fortbewegung

in der Wohnung

im Freien

Pflege gesellschaftlicher

Kontakte              

1. Bedarf die versicherte Person der dauernden Pflege?   
    Ja  tagsüber  nachts

Nein

Wenn ja, in welcher Form?

|  |
| --- |
|  |

In welchen Bereichen?

|  |
| --- |
|  |

Seit wann besteht die veränderte Pflegebedürftigkeit (Monat Jahr angeben)?

|  |
| --- |
|  |

1. Bedarf die versicherte Person der Überwachung?   
    Ja  tagsüber  nachts

Nein

Wenn ja, in welcher Form?

|  |
| --- |
|  |

In welchen Bereichen?

|  |
| --- |
|  |

Seit wann besteht die veränderte Pflegebedürftigkeit (Monat Jahr angeben)?

|  |
| --- |
|  |

1. Ist die versicherte Person bettlägerig?

vollständig  teilweise  nein

1. Sind Hilfsmittel vorhanden

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

|  |
| --- |
|  |

Ort und Datum Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

und/oder Angaben des Spitals