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