**Fragen zur Revision der Hilflosenentschädigung (AHV)**

**Personalien versicherte Person**

|  |  |
| --- | --- |
| Name | .......... |
| auch Name als ledige Person |
|  |  |
| Vorname | . ......... |
| alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben |
|  |  |
| Geburtsdatum |   |  | Versichertennummer | 756 ........... |
| TT MM JJJJ |  | AHV 13-stellig. Die AHV-Nummer finden Sie auch auf Ihrer schweizerischen Krankenversicherungskarte |
|  |  |
| Geschlecht |   |  | Nationalität | ........... |
|  |  |
| Zivilstand |   |  | Seit TT MM JJJJ |   |
|  |  |
| Telefonnummer | .......... |  | E-Mail | .......... |
|  |  |
| Aktueller Aufenthaltsort | .......... |
| Falls abweichend vom gesetzlichen Wohnsitz |
|  |  |
| Strasse, Hausnummer | .......... |
| Postleitzahl, Ort | .......... |
| Wohnadresse |  |  |

**Aktueller Gesundheitszustand**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ist Ihr Gesundheitszustand gleich geblieben? |  |  |
| [ ]  Ja | [ ]  Nein |  |  |  |
|  |  |
| Hat sich Ihr Gesundheitszustand |  |  |
| [ ]  verbessert | [ ]  verschlechtert |  | Seit wann? |   |
|  |  |
| Worin besteht die allfällige Veränderung? |  |  |  |
| .......... |
|  |  |
| Wurde eine allfällige Verschlechterung ganz oder teilweise durch eine Drittperson herbeigeführt? |
| [ ]  Ja | [ ]  Nein |  |  |  |

756............ 26.06.2024 15:28:20

**Arzt, Spital oder Pflegeheim**

|  |
| --- |
| Bei wem stehen Sie in ärztlicher Behandlung?Für die Durchführung der Revision sind wir auf aktuelle medizinische Angaben angewiesen |
| Name |  | Fachrichtung |
| .......... |  | . ......... |
|  |  |
| Adresse | .......... |
|  |  |
| In Behandlung seit |   |  | Datum letzte Kontrolle |   |
| TT MM JJJJ |  | TT MM JJJJ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name |  | Fachrichtung |
| .......... |  | . ......... |
|  |  |
| Adresse | .......... |
|  |  |
| In Behandlung seit |   |  | Datum letzte Kontrolle |   |
| TT MM JJJJ |  | TT MM JJJJ |

**Alltägliche Lebensverrichtungen**

Sind Sie bei den folgenden alltäglichen Lebensverrichtungen auf Unterstützung angewiesen?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ankleiden/Auskleiden** |  | Seit wann TT MM JJJJ | Art und Häufigkeit der Hilfe genaue Beschreibung |
| [ ]  Ja | [ ]  Nein |  |   | .......... |
|  |  |
| **Aufstehen/Absitzen/Abliegen** |  |  |  |
| [ ]  Ja | [ ]  Nein |  |   | .......... |
|  |  |
| **Essen** (Nahrung zerkleinern/Nahrung zum Mund führen) |  |  |  |
| [ ]  Ja | [ ]  Nein |  |   | .......... |
|  |  |
| **Körperpflege** (Waschen, Kämmen, Rasieren, Baden/Duschen) |  |  |  |
| [ ]  Ja | [ ]  Nein |  |   | .......... |

756............ 26.06.2024 15:28:20

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Verrichten der Notdurft** |  |  |  |
| Ordnen der Kleider (vor und nach der Verrichtung der Notdurft) |
| [ ]  Ja | [ ]  Nein |  |   | .......... |
| Körperreinigung oder überprüfen der Reinlichkeit |
| [ ]  Ja | [ ]  Nein |  |   | .......... |
| Unübliche Verrichtungsart der Notdurft (z.B. Hilfe von Dritten beim Katheterisieren) |
| [ ]  Ja | [ ]  Nein |  |   | .......... |
|  |  |
| **Fortbewegung** |  |  |  |
| In der Wohnung |
| [ ]  Ja | [ ]  Nein |  |   | .......... |
| Im Freien |
| [ ]  Ja | [ ]  Nein |  |   | .......... |
|  |  |
| **Pflege gesellschaftlicher Kontakte** |  |
| [ ]  Ja | [ ]  Nein |  |   | .......... |
|  |  |

756............ 26.06.2024 15:28:20

|  |
| --- |
| **Benötigen Sie medizinisch-pflegerische Hilfe?**Beispielsweise tägliches Verabreichen von Medikamenten, Wechseln von Bandagen, usw. |
| [ ]  Ja | [ ]  Nein |  |  |  | Seit wann TT MM JJJJ |   |
| In welcher Form und in welchem Bereich? |
| .......... |
|  |  |
| **Persönliche Überwachung**Ist es Ihnen möglich für mindestens ein bis zwei Stunden während des Tages alleine zu sein? |
| [ ]  Ja | [ ]  Nein |  |  |  |
| Seit wann benötigen Sie eine dauernde persönliche Überwachung? TT MM JJJJ |   |
| Aus welchem Grund sind sie auf eine dauernde persönliche Überwachung angewiesen? |
| .......... |
| Wer übernimmt Ihre persönliche Überwachung? |
| .......... |

**Unterschriften / Beilagen**

Der/die Unterzeichnete bestätigt, sämtliche Angaben in diesem Formular und den dazugehörenden Anlagen wahrheitsgetreu und vollständig erteilt zu haben.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum |  | Unterschrift des/der Versicherten oder des Vertreters/der Vertreterin |
|   |  |  |
|  |  |
| Adresse des Vertreters/der Vertreterin, sofern der/die Versicherte nicht unterschreiben kann |  | .......... |
|  |  |
| Ihre Beilagen und ergänzende Bemerkungen |
| .......... |

756............ 26.06.2024 15:28:20