**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