

1. Personalien

1.1 Persönliche Angaben

Name

auch Name als ledige Person

Vornamen

alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben

Geburtsdatum

TT, MM, JJJJ

Versichertennummer

AHV 13-stellig. Die AHV-Nummer finden Sie auch auf Ihrer schweizerischen Krankenversicherungskarte.

Zivilstand

seit

TT, MM, JJJJ

Telefonnummer

E-Mail

Aktueller Aufenthaltsort (falls abweichend vom gesetzlichen Wohnsitz)

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

2. Angaben zum Gesundheitszustand

2.1 Aktueller Gesundheitszustand

Ist Ihr Gesundheitszustand gleich geblieben?

ja nein

Hat sich Ihr Gesundheitszustand

verbessert verschlechtert

Seit wann?

Worin besteht die allfällige Änderung?

Wurde eine allfällige Verschlechterung ganz oder teilweise durch eine Drittperson herbeigeführt?

ja nein

2.2 Arzt, Spital oder Pflegeheim

Bei wem stehen Sie in ärztlicher Behandlung?

(Für die Durchführung der Revision sind wir auf aktuelle medizinische Angaben angewiesen)

Name und Adresse

Fachrichtung

Für welche Leiden?

In Behandlung seit

Datum der letzten Kontrolle

TT, MM, JJJJ

TT, MM, JJJJ

Name und Adresse

Fachrichtung

Für welche Leiden?

In Behandlung seit

Datum der letzten Kontrolle

TT, MM, JJJJ

TT, MM, JJJJ

3. Angaben zur Hilflosigkeit

3.1 Alltägliche Lebensverrichtungen

Sind Sie bei den folgenden alltäglichen Lebensverrichtungen auf Unterstützung angewiesen?

Ankleiden/Auskleiden

ja nein

Aufstehen/Absitzen/Abliegen

ja nein

Essen

ja nein

Körperpflege

ja nein

Verrichten der Notdurft

ja nein

Fortbewegung

ja nein

Pflege gesellschaftlicher Kontakte

ja nein

3.2 Benötigen Sie medizinisch-pflegerische Hilfe (beispielsweise tägliches Verabreichen von Medikamenten, Wechseln von Bandagen, usw.)?

ja nein

3.3 Müssen Sie überwacht werden?

ja nein

3.4 Lebenspraktische Begleitung

Sind Sie wegen gesundheitlicher Beeinträchtigungen auf eine lebenspraktische Begleitung (d. h. Hilfe im Sinne von Anleitung/Erklärung zur Ermöglichung des selbständigen Wohnens, bei ausserhäuslichen Verrichtungen und Kontakten oder zur Verhinderung einer dauernden Isolation von der Aussenwelt) angewiesen?

ja nein

Wobei und in welcher Form benötigen Sie die Unterstützung?

4. Unterschrift/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

5. Einreichungsstelle

Der Fragebogen ist der IV-Stelle des Wohnsitzkantons der versicherten Person zu retournieren.