

**Ihre Anmeldung:  
Danke für sorgsames Ausfüllen**

Dieser Fragebogen ist für die Anmeldung bestimmt. Wir können Ihren Antrag prüfen, wenn er vollständig und genau ausgefüllt ist. Fragen Sie bei Unklarheiten nach. Wir verlieren wertvolle Zeit, wenn das Anmeldeformular nicht korrekt ausgefüllt ist oder Unterlagen fehlen.

Unsere Empfehlung zum Ausfüllen:

- 1** Lesen Sie den Fragebogen zuerst in Ruhe durch.
- 2** Markieren Sie sich die Fragen, die Ihnen unklar sind.
- 3** Beachten Sie, dass es Antworten gibt, die Sie mit Unterlagen ergänzen müssen.  
Stellen Sie diese Unterlagen zusammen, bevor Sie die Anmeldung ausfüllen.

Drei Fragen nach dem Ausfüllen der Anmeldung:

- Sind alle Fragen vollständig beantwortet?
- Ist der Fragebogen unterschrieben?
- Haben Sie alle erforderlichen Unterlagen beigelegt?

Sie können diesen Fragebogen auch auf unserer Website herunterladen.

Wenn Sie bei der Beantwortung Hilfe brauchen, rufen Sie uns an.  
Wir geben Ihnen gerne Auskunft.

Wir grüssen Sie freundlich.

# Anmeldung: Hilflosenentschädigung AHV

## 1. Personalien

### > 1.1

Familienname (bei Verheirateten oder Verwitweten auch Name als ledige Person)

### > 1.2

Vornamen (alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben)

weiblich

männlich

### > 1.3

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)

AHV-Nummer

### > 1.4

Gesetzlicher Wohnsitz mit genauer Adresse (bei Aufenthalt in einer Institution bitte deren Namen angeben)

Name der Institution

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

Telefonnummer

Mobile

Aktueller Aufenthaltsort (falls abweichend vom gesetzlichen Wohnsitz, z. B. Spital- oder Heimaufenthalt)

Name der Institution

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

Bei Spital- oder Heimaufenthalt

Datum des Eintritts

### > 1.5

Besteht eine Vormundschaft?

ja

nein

Beistandschaft?

ja

nein

Wenn ja, Name und Adresse des Vormundes bzw. des Beistandes

Sitz der Vormundschaftsbehörde

Wenn ja, legen Sie dieser Anmeldung eine Kopie der Bestätigung der Vormundschaftsbehörde oder Ernennungsurkunde zur Beistandschaft bei.

### > 1.6

Heimat für Schweizer Bürgerinnen und Bürger

Heimatgemeinde/Kanton

Schweizer Bürgerrecht seit

Heimat für ausländische Staatsangehörige

Staatsangehörigkeit

Datum der Einreise in die Schweiz

### > 1.7

Zivilstand

seit?



## 4. Angaben zur Hilflosigkeit

**4.1** Sind Sie bei den folgenden alltäglichen Verrichtungen wegen Ihrer Hilflosigkeit und trotz Hilfsmitteln regelmässig in erheblicher Weise auf die direkte („physische“) oder indirekte (Anweisungen) Hilfe Dritter angewiesen?

	ja	nein	seit (Monat/Jahr)	Art und Häufigkeit der Hilfe (genaue Beschreibung)
<b>4.1.1</b> Ankleiden/Auskleiden				
<b>4.1.2</b> Aufstehen/Absitzen/Abliegen				
<b>4.1.3</b> Essen (normal zubereitete Mahlzeiten)				
– Muss das Essen aus gesundheitlichen Gründen ans Bett gebracht werden?				
– Muss die Nahrung zerkleinert werden?				
– Muss die Nahrung zum Mund geführt werden?				
– Können Sie nur spezielle Nahrung zu sich nehmen (pürierte Nahrung, Sondennahrung)?				
<b>4.1.4</b> Körperpflege				
– Waschen				
– Kämmen				
– Rasieren				
– Baden/Duschen				
<b>4.1.5</b> Verrichtung der Notdurft				
– Ordnen der Kleider (vor und nach Verrichtung der Notdurft)				
– Körperreinigung/Überprüfung der Reinlichkeit				
– Unübliche Art der Verrichtung der Notdurft (z. B. Hilfe infolge Katheterisierung)				
<b>4.1.6</b> Fortbewegung				
– in der Wohnung				
– im Freien				
– Pflege gesellschaftlicher Kontakte				

> **4.2**

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

ja tagsüber nachts  
nein

Wenn ja, in welcher Form und in welchen Bereichen?

---

---

Seit wann besteht die Pflegebedürftigkeit in diesem Umfang?

Monat/Jahr

---

> **4.3**

Wer leistet die Hilfe (vor bzw. nach Spital- oder Heimeintritt)?

Name/Institution

---

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

---

> **4.4**

Müssen Sie persönlich überwacht werden?

ja tagsüber nachts  
nein

Wenn ja, in welcher Form und in welchen Bereichen?

---

---

Seit wann besteht die Überwachungsbedürftigkeit in diesem Umfang?

Monat/Jahr

---

Wer besorgt die Überwachung?

Name/Institution

---

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

---

> **4.5**

Sind Sie bettlägerig?

ja nein

Für durchschnittlich wie viele Stunden pro Tag können Sie das Bett verlassen?

---

> **4.6**

Sind Hilfsmittel vorhanden?

ja nein

Wenn ja, welche?

---

---

> **4.7**

Dieses Formular wurde ausgefüllt durch:

Name, Institution

---

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

---

Telefonnummer

Mobile

---

## 5. Einreichungsstellen für die Anmeldung

Die Anmeldung ist der IV-Stelle des Wohnsitzkantons zuzustellen.

## 6. Ermächtigung zur Erteilung von Auskünften

Mit der Geltendmachung des Leistungsanspruchs und der Unterzeichnung dieses Formulars ermächtigt die versicherte Person oder ihr/e Vertreter/in die in der Anmeldung erwähnten Personen und Stellen, den Organen der Invalidenversicherung alle Auskünfte zu erteilen und alle Unterlagen zur Verfügung zu stellen, die für die Abklärung von Leistungs- und Regressansprüchen erforderlich sind. Diese Personen und Stellen sind zur Auskunft verpflichtet.

Die in diesem Formular nicht namentlich erwähnten Arbeitgeber, Leistungserbringer nach den Artikeln 36–40 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG), Versicherungen und Amtsstellen sind ermächtigt, den Organen der Invalidenversicherung auf Anfrage alle Auskünfte zu erteilen und alle Unterlagen zur Verfügung zu stellen, die für die Abklärung von Leistungs- und Regressansprüchen erforderlich sind.

## 7. 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

---

---

---

---

**Der Anmeldung sind beizulegen:**

- **Kopie eines amtlichen Personalausweises** (z. B. Familienbüchlein, Personenstandsausweis oder Familienschein, Schriftenempfangsschein, Reisepass), aus dem die Personalien ersichtlich sind
- **Für ausländische Staatsangehörige:** Kopie Ihres Ausländerausweises
- **Gegebenenfalls sind beizulegen:** Bestätigung der Vormundschaftsbehörde oder Ernennungsurkunde zur Beistandschaft, Eintritts- oder Austrittsbericht bei Heimbewohnern

## 8. Angaben des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin

### > 8.1

Diagnosen (Hauptdiagnosen bitte unterstreichen)

---

---

---

### > 8.2

Untersuchung  
vom

---

In Behandlung  
vom

bis

---

### > 8.3

Kann durch die Abgabe von Hilfsmitteln die Hilflosigkeit vermindert werden?

ja

nein

Wenn ja, mit welchen?

---

### > 8.4

Der Gesundheitszustand der versicherten Person ist

gleichbleibend

besserungsfähig

sich verschlechternd

### > 8.5

Prognose

---

---

---

### > 8.6

Decken sich die unter Ziffer 4 gemachten Angaben – auch bezüglich der Hilfsbedürftigkeit – mit den von Ihnen erhobenen Befunden?

ja

nein

### > 8.7

Bemerkungen (Wir bitten Sie insbesondere dann um nähere Angaben, falls Sie die vorangehende Frage verneint haben)

---

---

---

Vorname, Name, Datum und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

---

Genaue Adresse (Praxis/Abteilung)

---

Telefonnummer für Rückfragen

---

(Werden die Fragen 8.1 bis 8.6 beantwortet, kann Tarmed Pos. 00.2205 (früher 1132) in Rechnung gestellt werden. Sind unter 8.7 zusätzliche Ausführungen erforderlich, kann Tarmed Pos. 00.2230 (früher 1131) verrechnet werden oder Tarmed Pos. 00.2240, sofern der Bericht mehr als 10 Minuten Aufwand erfordert).