|  |  |
| --- | --- |
| Eidgenössische InvalidenversicherungZusätzlicher Fragebogen zur Bemessung der Hilflosigkeit (Erwachsene) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Beiblatt zum Anmeldeformular für eine Hilflosenentschädigung der IV** **[ ]  oder der AHV** **[ ]  (durch den Arzt auszufüllen)** |  | Versichertennummer |

 Versanddatum 26/03/18 /

|  |  |
| --- | --- |
| **Versicherter** : Name, Vorname, genaue Adresse, PLZ, Wohnort (gegebenenfalls des gesetzlicher Vertreter)                              geboren am       | Name und Adresse des Arztes/der Ärztin                                    |
|  | **Kantonale IV-Stelle Wallis**Av. de la Gare 15Postfach1950 Sion  |

***Bedarf die versicherte Person wegen ihrer Behinderung und trotz Verwendung von Hilfsmitteln regelmässig in erheblicher Weise der direkten oder indirekten Hilfe Dritter für die folgenden alltäglichen Lebensverrichtungen?***

**Direkte Hilfe liegt vor, wenn die versicherte Person eine Lebensverrichtung nicht oder nur teilweise selbst ausführen kann indirekte Hilfe, wenn sie dies funktionsmässig zwar könnte, ohne fremde Einflussnahme aber nicht, nur unvollständig oder zu Unzeiten tun würde.**

Angaben (Feststellungen) des Arztes / der Ärztin :

1. Untersuchung vom       in Behandlung vom       bis
2. Diagnosen (bitte die wichtigsten unterstreichen) :
3. Beigelegt erhalten Sie eine Kopie der Anmeldung und Fragebogen für eine Hilflosenentschädigung. Stimmen die Angaben über die Hilflosigkeit unter Ziffer 3. (Seite 3 und 4) mit Ihren Feststellungen überein? [ ]  Ja [ ]  Nein

Wenn nein, Begründung :

1. Kann der Gesundheitszustand mit medizinischen Massnahmen verbes-sert werden ? [ ]  Ja [ ]  Nein

Wenn ja, welche ?

1. Kann die Hilflosigkeit durch den Einsatz geeigneter Hilfsmittel vermindert werden ? [x]  Ja [ ]  Nein

Wenn ja, welche ?

1. Prognose [ ]  stationär [ ]  besserungsfähig [ ]  sich verschlechternd

Datum       Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin