

## 1. Personalien

### 1.1 Persönliche Angaben

Name

auch Name als ledige Person

Vornamen

alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben

weiblich  männlich

Geburtsdatum

Tag, Monat, Jahr

Versichertennummer

AHV 13-stellig, beginnend mit 756

Zivilstand

seit

Tag, Monat, Jahr

### 1.2 Gesetzlicher Wohnsitz mit genauer Adresse

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

Telefonnummer

E-Mail

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

### 1.3 Beistandschaft und Vorsorgeauftrag

Besteht eine Beistandschaft?

ja  nein

Besteht ein Vorsorgeauftrag nach ZGB 360ff?

ja  nein

Wenn ja, Name und Adresse des Beistandes/Vertreters

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

Sitz der zuständigen Schutzbehörde

## 1.4 Staatsangehörigkeit

Heimat für Schweizer Bürgerinnen und Bürger  
Heimatgemeinde/Kanton

Schweizer Bürgerrecht seit

Heimat für ausländische Staatsangehörige  
Staatsangehörigkeit

Datum der Einreise in die Schweiz

## 2. Allgemeine Angaben

---

### 2.1 Altersrente

Name und Adresse der Ausgleichskasse, welche die Altersrente ausrichtet

Beziehen Sie eine ausländische Altersrente? (Bitte eine entsprechende Bestätigung beilegen)

ja  nein

Wenn ja, aus welchem Land?

### 2.2 Krankenkasse

Bei welcher Krankenkasse ist die versicherte Person versichert (Grundversicherung)?

Name und Adresse

### 2.3 Ergänzungsleistungen

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen? (Falls ja, bitte eine entsprechende Bestätigung beilegen)

ja  nein

### 2.4 Hilflosenentschädigung

Wird bereits eine Hilflosenentschädigung bezogen?

ja  nein

## 3. Angaben zur gesundheitlichen Beeinträchtigung

---

### 3.1 Nähere Angaben zur Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung

Seit wann besteht die gesundheitliche Beeinträchtigung?

### 3.2 Unfall oder Schadenereignis

Die gesundheitliche Beeinträchtigung ist ganz oder teilweise zurückzuführen auf:

- einen Unfall (z. B. Strassenverkehr, Ausübung beruflicher oder sportlicher Aktivität, Gewaltdelikt, usw.)
- ein anderes Schadenereignis (z. B. mögliche ärztliche Sorgfaltspflichtverletzung, Infekt in einem Spital, Schädigung durch Tiere, durch Produkte, Suizidversuch, usw.)
- eine Krankheit

Ergänzende Bemerkungen zum Ereignis

### 3.3 Arzt, Spital oder Pflegeheim

Bitte geben Sie uns hier Ihren Hausarzt sowie weitere behandelnde Ärzte, Spitäler oder Pflegeheime an.

Name und Adresse

Fachrichtung

Für welche Leiden?

In Behandlung von

In Behandlung bis

Tag, Monat, Jahr

Tag, Monat, Jahr

Name und Adresse

Fachrichtung

Für welche Leiden?

In Behandlung von

In Behandlung bis

Tag, Monat, Jahr

Tag, Monat, Jahr

## 4. Angaben zur Hilflosigkeit

### 4.1 Alltägliche Lebensverrichtungen

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? Bitte beschreiben Sie die Art der Dritthilfe möglichst konkret. Zudem müssen wir wissen, seit wann (Monat/Jahr) und wie oft pro Tag bzw. pro Woche die Hilfe notwendig ist.

#### Ankleiden/Auskleiden

ja  nein

seit (Monat/Jahr)	Art und Häufigkeit der Hilfe (genaue Beschreibung)

#### Aufstehen/Absitzen/Abliegen

ja  nein

seit (Monat/Jahr)	Art und Häufigkeit der Hilfe (genaue Beschreibung)

#### Essen (Nahrung zerkleinern/Nahrung zum Mund führen)

ja  nein

seit (Monat/Jahr)	Art und Häufigkeit der Hilfe (genaue Beschreibung)

#### Körperpflege (Waschen, Kämmen, Rasieren, Baden/Duschen)

ja  nein

seit (Monat/Jahr)	Art und Häufigkeit der Hilfe (genaue Beschreibung)

**Verrichten der Notdurft** (Reinigung, Ordnen der Kleider, Katheterisierung oder ähnliches)

ja  nein

seit (Monat/Jahr)

Art und Häufigkeit der Hilfe (genaue Beschreibung)


**Fortbewegung/Pflege gesellschaftlicher Kontakte** (in der Wohnung/im Freien)

ja  nein

seit (Monat/Jahr)

Art und Häufigkeit der Hilfe (genaue Beschreibung)


**4.2 Medizinisch-pflegerische Hilfe**

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

ja  nein  tagsüber  nachts

Wenn ja, in welcher Form und in welchen Bereichen?

--

Seit wann besteht die Pflegebedürftigkeit in diesem Umfang?

--

Monat/Jahr

**4.3 Hilfeleistung**

Wer leistet resp. leistete die Hilfe in den letzten 2 Jahren?

Name Institution/Begleitperson

--

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

--	--

Name Institution/Begleitperson

--

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

--	--

#### 4.4 Persönliche Überwachung

Müssen Sie persönlich überwacht werden?

ja  nein  tagsüber  nachts

Wenn ja, in welcher Form und in welchen Bereichen?

Seit wann besteht die Pflegebedürftigkeit in diesem Umfang?

Monat/Jahr

Wer besorgt die Überwachung?

Name/Institution

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

#### 4.5 Bettlägerigkeit

Sind Sie bettlägerig?

ja  nein

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

#### 4.6 Hilfsmittel

Sind Hilfsmittel vorhanden?

ja  nein

Wenn ja, welche?

#### 4.7 Formular ausgefüllt

Dieses Formular wurde ausgefüllt durch:

Name/Institution

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

Telefonnummer

Mobile

### 5. 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. Mit der Unterzeichnung dieses Formulars ermächtigt die versicherte Person oder ihre Vertreterin/ihr Vertreter auch Anwälte/Anwältinnen für den Rückgriff auf Dritte Auskunft zu geben. Sämtliche genannten Personen und Behörden werden von der versicherten Person im Rahmen der vorliegenden Ermächtigung gegenüber den Organen der Invalidenversicherung von ihrer auf Amts- oder Berufsgeheimnis beruhenden Schweigepflicht befreit.

## 6. Unterschrift/Beilagen

---

Der/die Unterzeichnete bestätigt, dass sämtliche Angaben in diesem Formular und den dazugehörenden Beilagen wahrheitsgetreu und vollständig sind.

Datum

Unterschrift des/der Versicherten oder des Vertreters/der Vertreterin

Adresse des Vertreters/der Vertreterin, sofern der/die Versicherte nicht unterschreiben kann

Bemerkungen

### Der Anmeldung sind beizulegen:

- Kopie eines amtlichen Personalausweises (z. B. Familienbuchlein, Personenstandsausweis oder Familienschein, Schriftenempfangsschein, Reisepass), aus dem die Personalien ersichtlich sind
- Für ausländische Staatsangehörige: Kopie Ihres Ausländerausweises

### Gegebenenfalls sind beizulegen:

- Ernennungsurkunde zur Beistandschaft, Vorsorgeauftrag, Eintritts- oder Austrittsbericht bei Heimbewohnern

**Bitte heften Sie die Dokumente nicht zusammen**

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

---

### 7.1 Diagnosen

Diagnosen (Hauptdiagnosen bitte unterstreichen)

Untersuchung vom

In Behandlung vom

In Behandlung bis

### 7.2 Stationäre Aufenthalte?

Fanden stationäre Aufenthalte statt?

ja  nein

von

Tag, Monat, Jahr

bis

Tag, Monat, Jahr

Name des Spitals

### 7.3 Hilfsmittel

Kann durch die Abgabe von Hilfsmitteln die Hilflosigkeit vermindert werden?

ja  nein

Wenn ja, mit welchen?

### 7.4 Gesundheitszustand

Der Gesundheitszustand der versicherten Person ist

gleichbleibend  besserungsfähig  sich verschlechternd

### 7.5 Prognose

### 7.6 Ärztlicher Befund (bitte beschreiben Sie den Gesundheitszustand und die bestehenden Beeinträchtigungen)

Physische Einschränkungen (Art und Auswirkung)

Psychische Einschränkungen (Art und Auswirkung)

Kognitiv-intellektuelle Einschränkungen (Art und Auswirkung)

### 7.7 Angaben zur Hilflosigkeit

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

- ja  
 nein

### 7.8 Bemerkungen

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

### 7.9 Unterschrift

Name

Vorname

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Genauere Adresse (Praxis/Abteilung)

Telefonnummer für Rückfragen

(Werden die Fragen 7.1 bis 7.7 beantwortet, kann Tarmed Pos. 00.2205 in Rechnung gestellt werden. Sind unter 7.8 zusätzliche Ausführungen erforderlich, kann Tarmed Pos. 00.2230 verrechnet werden oder Tarmed Pos. 00.2240, sofern der Bericht mehr als 10 Minuten Aufwand erfordert).

## 8. Einreichungsstelle

---

Die Anmeldung ist der IV-Stelle des Wohnsitzkantons zuzustellen.