

1. Gesuch

1.1 Erstmaliges Gesuch

Für welches Hilfsmittel beantragen Sie einen Kostenbeitrag der AHV?

- Hörgerät/e
- Knochenverankerte/s Hörgerät/e
- Rollstuhl (Pauschalbetrag)
- Orthopädische Mass-Schuhe oder
- Orthopädische Serienschuhe
- Perücke
- Lupenbrille oder
- Lesegerät/Bildschirm-Lesegerät
- Sprechhilfegerät
- Gesichtsepithese

1.2 Gesuch um Erneuerung eines Hilfsmittels

Welches Hilfsmittel muss erneuert werden?

Wann wurden für dieses Hilfsmittel letztmals Leistungen zugesprochen?

Durch welche Stelle?

2. Personalien

2.1 Persönliche Angaben

Name

auch Name als ledige Person

Vornamen

alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben

weiblich männlich

Geburtsdatum

TT, MM, JJJJ

Versichertennummer

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

Zivilstand

seit

TT, MM, JJJJ

2.2 Gesetzlicher Wohnsitz mit genauer Adresse

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

Name der Institution

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

2.3 Beistandschaft

Besteht eine Beistandschaft?

ja nein

Wenn ja, Name und Adresse des Beistandes/Vertreters

Wenn ja, legen Sie dieser Anmeldung eine Kopie der Ernennungsurkunde zur Beistandschaft und die Beschreibung der Pflichten und Aufgaben bei.

2.4 Staatsangehörigkeit

Schweizer Bürgerinnen und Bürger

Heimatgemeinde/Kanton

Schweizer Bürgerrecht seit

TT, MM, JJJJ

Ausländische Staatsangehörige

Staatsangehörigkeit

Datum der Einreise in die Schweiz

TT, MM, JJJJ

3. Allgemeine Angaben

3.1 Ergänzungsleistungen

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?

ja nein

Wenn ja, durch welche Stelle werden sie ausbezahlt?

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

3.2 Krankenkasse

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

Name und Adresse

4. Angaben zum Hilfsmittel

4.1 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

4.2 Ärztliche Verordnung

Ist das beantragte Hilfsmittel durch einen Spezialarzt/eine Spezialärztin verordnet worden?

- ja nein

Wenn ja, führen Sie bitte Name und Adresse Ihres Spezialarztes/Ihrer Spezialärztin auf.
Wenn nein, geben Sie bitte Name und Adresse Ihres Hausarztes/Ihrer Hausärztin an.

Name

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

4.3 Lieferfirma

(bitte Rechnungskopien, Kostenvoranschläge beilegen)

Firma

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

Telefonnummer

5. Zahlungsverbindung

- Bankkonto Postkonto

lautend auf (Name/Vorname)

IBAN

Name und Adresse der Bank

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 Arbeitsstellen 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.

7. Unterschrift/Beilagen

Der/die Unterzeichnende bestätigt, dass sämtliche Angaben in diesem Formular und den dazugehörigen 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:

- Ernennungsurkunde zur Beistandschaft und die Beschreibung der Pflichten und Aufgaben, Kostenvoranschläge, Rechenkopien, Arztberichte

Bitte heften Sie die Dokumente nicht zusammen

8. Bescheinigung des Arztes/der Ärztin

Bitte beachten: Für Kostenbeiträge an ein Hörgerät muss keine Bescheinigung erteilt werden, da eine Begutachtung durch einen Expertenarzt oder eine Expertenärztin der IV erfolgt.

8.1 Diagnosen

Bei der versicherten Person sind die medizinischen Voraussetzungen für die Abgabe des folgenden Hilfsmittels erfüllt:

- Rollstuhl, sofern dieser voraussichtlich dauernd und ständig benötigt wird.
- Rollstuhl-Spezialversorgung. Die Fortbewegung in einem einfachen Rollstuhl ist nicht möglich. Zudem trifft eine oder mehrere folgender Bedingungen zu: Körpergewicht über 120 kg, Körpergrösse über 185 cm oder unter 150 cm, freies Sitzen nicht möglich, Hemi- oder Tetraplegie, Amputation, Kontrakturen.

- Zusätzlich besteht eine akute Dekubitusgefährdung.

Rollstuhl-Spezialversorgungen sind ausschliesslich über die IV-Hilfsmitteldepots erhältlich und werden durch die IV-Stellen abgeklärt.

- Orthopädische Mass-Schuhe oder orthopädische Serienschuhe. Diese werden einer pathologischen Fussform oder Fussfunktion angepasst bzw. sie ersetzen einen orthopädischen Apparat. Eine Versorgung mit Einlagen ist nicht möglich. (Die Bescheinigung hat in der Regel durch einen Spezialarzt oder eine Spezialärztin für Orthopädie zu erfolgen.)
- Perücke. Die äussere Erscheinung der versicherten Person wird durch fehlendes Haar beeinträchtigt. Die Perücke muss aus medizinischen Gründen mindestens 1 Jahr getragen werden.

Lupenbrille/Lesegeräte/Bildschirmlesegerät. Die versicherte Person kann längere Texte in normaler Schriftgrösse ohne solche Hilfsmittel nicht mehr lesen.

| | | |
|--------------------------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Lupenbrille | Visuswerte | Vergrösserungsbedarf |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | | |
|--|----------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Lesegerät/Bildschirm-Lesegerät. | Visuswerte | Vergrösserungsbedarf |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | | |
|-------------------------------------|--|------------------------|
| <input type="checkbox"/> Visuswerte | Beträgt der korrigierte Visus beidseits weniger als 0.2? | Wenn ja, seit wann? |
| | <input type="checkbox"/> ja | <input type="text"/> |
| | <input type="checkbox"/> nein | Monat/Jahr |
| | Visus korrigiert rechts | Visus korrigiert links |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

- Sprechhilfegerät. Die versicherte Person ist laryngektomiert und kann die Ösophagussprache nicht oder nur ungenügend erlernen.
- Gesichtsepithese zum Bedecken eines Defekts oder als Ersatz für fehlende Gesichtspartien (Ohrmuschel, Nasen-, Kieferersatzstück, Augenepithese, Gaumenplatte usw.).

8.2 Weitere Abklärungen

Sind aus Ihrer Sicht weitere Abklärungen angezeigt?

- ja nein

Wenn ja, welche?

8.3 Bemerkungen

Bemerkungen

8.4 Unterschrift

Name

Vorname

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Genaue Adresse (Praxis/Abteilung)

Telefonnummer für Rückfragen

9. Einreichungsstelle

Die Anmeldung ist der IV-Stelle des Wohnsitzkantons zuzustellen.