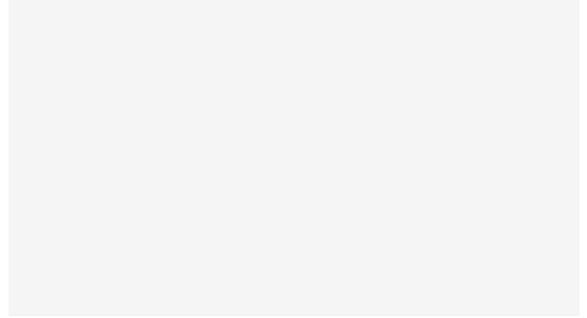
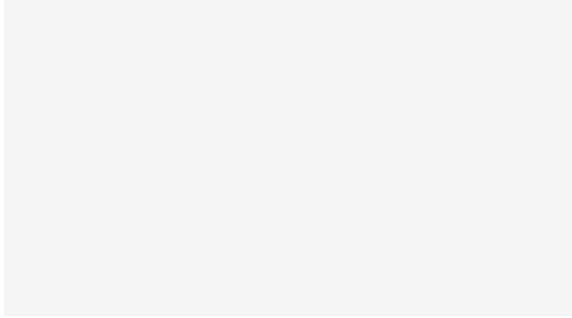


**Assistenzbeitrag:**

**Ärztliche Bestätigung der akuten Phase**

Kanton auswählen



**Assistenzbeitrag:**

**Ärztliche Bestätigung der akuten Phase**

Guten Tag

Es wird eine voraussichtlich vorübergehende Verschlechterung des Gesundheitszustandes der/des Versicherten geltend gemacht. Um den verfügbaren, zeitlich begrenzten Zuschlag für „akute Phasen“ auf den Assistenzbeitrag bei ansonsten leichter Hilflosigkeit prüfen zu können, sind die nachfolgenden Angaben notwendig.

Der erste Teil ist durch die versicherte Person, ihre gesetzliche Vertretung oder ihre Vertrauensperson auszufüllen.

Diese Angaben sind auf der zweiten Seite durch den Arzt zu ergänzen sowie medizinisch zu begründen.

Wir bitten Sie deshalb, die Fragen auf der ersten Seite zu beantworten und diese im Anschluss durch Ihren behandelnden Arzt bestätigen zu lassen.

Wir danken Ihnen und grüssen Sie freundlich.

---

# Assistenzbeitrag: Ärztliche Bestätigung der akuten Phase

## Personalien

Vorname	Familienname
Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)	Versichertennummer (AHV 13-stellig, beginnend mit 756)
Telefonnummer	Mobile
Postleitzahl, Ort	Strasse, Hausnummer

### 1. Angaben über die aktuelle gesundheitliche Situation

Durch die Versicherte Person, ihre gesetzliche Vertretung oder ihre Vertrauensperson auszufüllen

> **1.1**

Schilderung der aktuellen gesundheitlichen Situation

---

> **1.2**

Beginn der Verschlechterung

Voraussichtliche Dauer der Verschlechterung

---

> **1.3**

Notwendiger Mehraufwand in folgenden Assistenzbereichen (ohne KVG-Leistungen)

#### Alltägliche Lebensverrichtungen

- An- und Auskleiden
- Aufstehen/Absitzen/Abliegen
- Essen
- Körperpflege
- Verrichten der Notdurft
- Zusatzaufwand bei den erwähnten Lebensverrichtungen

#### Haushalt

- Organisation/Administration
- Ernährung
- Wohnungspflege
- Einkauf und weitere Besorgungen
- Wäsche und Kleiderpflege

#### Anderes

- Gesellschaftliche Teilhabe/Freizeitgestaltung
- Bildung, Arbeit, Kinderbetreuung, gemeinnütziges Engagement
- Überwachung
- Nachtdienst

Beschreiben Sie Art und Umfang der zusätzlich benötigten Assistenz

---

> **1.4**

#### Unterschrift

Datum und Unterschrift der versicherten Person oder ihrer Vertretung

---

Wurde dieser Teil nicht durch die versicherte Person sondern durch die gesetzliche Vertretung oder Vertrauensperson ausgefüllt, bitte Vorname, Name und Telefonnummer angeben.

---

Der Zuschlag wird während höchstens 90 aufeinander folgenden Tagen gewährt. Voraussetzung ist, dass in der Verfügung zum Assistenzbeitrag akute Phasen vorgesehen sind. Bei jeder Rechnungsstellung, bei welcher Auslagen im Zusammenhang mit akuten Phasen geltend gemacht werden, muss der zuständigen IV-Stelle dieses Formular eingereicht werden. Verschlechtert sich der Gesundheitszustand dauerhaft, ist eine Revision zu prüfen.

---

---

## 2. Ärztliche Bestätigung der Angaben

Bitte von Ihrem behandelnden Arzt ausfüllen lassen

### > 2.1

#### Grund der akuten Verschlechterung

- Schubartig verlaufende Multiple Sklerose
- Präpsychotische Phase
- Akute (psychotische oder depressive) Phase
- Andere

Welche?

---

---

Schilderung der Phase

---

---

Stimmen die durch die versicherte Person, ihre gesetzliche Vertretung oder ihre Vertrauensperson gemachten Angaben mit Ihren Befunden überein?

- ja  nein

Wenn nein, weshalb nicht?

---

---

### > 2.2

Prognose der gesundheitlichen Störung

---

---

Ist zu erwarten, dass die Verschlechterung länger als drei Monate andauert?

- ja  nein

Wenn ja, voraussichtliche Dauer der momentan anhaltenden Phase

---

---

### > 2.3

#### Unterschrift

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

---

---

Datum

Unterschrift

---

---

Zur Verrechnung dieses Fragebogens ist die TarMed Position 00.2205 (Verlaufsbericht IV) zu verwenden. Die dafür benötigte Konsultation und Untersuchung können Sie uns zusätzlich nach Tarif in Rechnung stellen.

---