Ärztliches Beiblatt für Hilfsmittel

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Versicherte Person (Vorname, Name)      | Geburtsdatum      | AHV-Nummer      |

Wird ein Rollstuhl mit überwiegender Wahrscheinlichkeit länger als ein Jahr benötigt? Prognose in Bezug auf die Gehfähigkeit?

Kann sich der Versicherte mit einem gewöhnlichen Rollstuhl nicht mehr selber fortbewegen?

Ist der Versicherte dauernd bettlägerig? Ist der Versicherte auf ein Elektrobett angewiesen, um zu Bett zu gehen und aufzustehen?

Datum:

 Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin