



we integrate. active.

## Anmeldung: Gesuch um Abklärung eines Hilfsmittels

➔ Dieses Formular ist der IV-Stelle des Wohnkantons einzureichen.

### Hilfsmittel für

Kommunikation HVI 15.02

Umfeldkontrolle HVI 15.05

Hilfsmittel am Arbeitsplatz zur Schulung und Ausbildung HVI 13.01

Blattwendegerät HVI 15.04

### Gewünschter Dienstleister

Active Communication AG, Sumpfstrasse 28, CH-6312 Steinhausen

### Versicherte Person

weiblich

männlich

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Versicherten-Nr. / AHV-Nr. \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Ich möchte den Active\_Newsletter abonnieren

### Gesetzliche Vertretung (mind. eine Person angeben)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Ich möchte den Active-Newsletter abonnieren

Ich bin:

Elternteil: \_\_\_\_\_

andere \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Ich möchte den Active-Newsletter abonnieren

Ich bin:

Elternteil: \_\_\_\_\_

andere \_\_\_\_\_

### Institution

Name Institution \_\_\_\_\_

Ansprechperson \_\_\_\_\_

Ansprechperson für Terminvereinbarungen  
\_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Ich möchte den Active-Newsletter abonnieren

Nur für Patienten vom SPZ (Schweizer Paraplegiker-Zentrum) auszufüllen:

stationär

ambulant

[www.activecommunication.ch](http://www.activecommunication.ch)

Active Communication AG | Sumpfstrasse 28 | CH-6312 Steinhausen

Ein Unternehmen der Schweizer Paraplegiker-Stiftung



we integrate. active.

**Kontaktpersonen für Rückfragen** (wie Ärzte, Logopäden, Heilpädagogen, Betreuer etc.)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Funktion \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Funktion \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Funktion \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

**Zuletzt behandelnder Arzt bzw. Hausarzt**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

**Krankheitsbild** (kurze Beschreibung der Hauptsymptome)

Amyotrophe Lateralsklerose (ALS)  
Cerebralparese (CP)  
Paraplegie  
Weitere \_\_\_\_\_

Multiple Sklerose (MS)  
Aphasie  
Tetraplegie

Hat die versicherte Person die Schriftsprache erlernt? Ja Nein  
Kann die versicherte Person lesen? Ja Nein



we integrate. active.

### **Ausführliche Begründung**

Weshalb wird ein Hilfsmittel benötigt?

Zum Beispiel: Aktuelle Problemstellungen, bereits getätigte Massnahmen, Ziele (evtl. vorhandene Berichte von Ärzten und Therapeuten bitte in Kopie beilegen)



we integrate. active.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass der Bericht aus der Vorabklärung sowie der Abschlussbericht an die anwesenden Personen sowie Institutionsverantwortliche (z.B. UK-Verantwortliche) weitergegeben werden dürfen.

### **Unterschrift**

---

Versicherte, Eltern oder gesetzliche Vertreter

---

Ort, Datum

→ Dieses Formular ist der IV-Stelle des Wohnkantons einzureichen.

Bitte Kopie an:

Active Communication AG  
Sumpfstrasse 28  
CH-6312 Steinhausen

[office@activecommunication.ch](mailto:office@activecommunication.ch)