



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

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)

Multiple Sklerose (MS)

Cerebralparese (CP)

Aphasie

Paraplegie

Tetraplegie

Weitere _____

Hat die versicherte Person die Schriftsprache erlernt?

Ja

Nein

Kann die versicherte Person lesen?

Ja

Nein

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)

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