



Hilflosenentschädigung gemäss Art. 26 UVG

Unfall vom: _____ Versicherte Person: _____

1. Sind Sie bei den folgenden alltäglichen Verrichtungen wegen Ihrer Hilflosigkeit und trotz Hilfsmitteln regelmässig in erheblicher Weise auf die direkte („physische“) oder indirekte (Anweisungen) Hilfe Dritter angewiesen?

	ja	nein	seit (Monat/Jahr)	Art und Häufigkeit der Hilfe (genaue Beschreibung)
1.1. Ankleiden/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1.2. Aufstehen/Absitzen/Abiegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1.3. Essen (normal zubereitete Mahlzeiten)				
– Muss das Essen aus gesundheitlichen Gründen ans Bett gebracht werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
– Muss die Nahrung zerkleinert werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
– Muss die Nahrung zum Mund geführt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
– Können Sie nur spezielle Nahrung zu sich nehmen (pürierte Nahrung, Sondennahrung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1.4. Körperpflege				
– Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
– Kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
– Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
– Baden/Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1.5. Verrichtung der Notdurft				
– Ordnen der Kleider (vor und nach Verrichtung der Notdurft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
– Körperreinigung/Überprüfung der Reinlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
– Unübliche Art der Verrichtung der Notdurft (z. B. Hilfe infolge Katheterisierung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1.6. Fortbewegung				
– in der Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
– im Freien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
– Pflege gesellschaftlicher Kontakte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____



2.

Benötigen Sie dauernde medizinisch-pflegerische Hilfe (beispielsweise tägliches Verabreichen von Medikamenten, Wechseln von Bandagen usw.)?

ja tagsüber nachts
 nein

Wenn ja, in welcher Form und in welchen Bereichen?

Seit wann besteht die Pflegebedürftigkeit in diesem Umfang?

Monat/Jahr

3.

Von wem wurde/wird die Hilfe geleistet (vor bzw. nach Spital- oder Heimeintritt)?

Name/Institution

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

4.

Müssen Sie persönlich überwacht werden?

ja tagsüber nachts
 nein

Wenn ja, in welcher Form und in welchen Bereichen?

Seit wann besteht die Pflegebedürftigkeit in diesem Umfang?

Monat/Jahr

Wer besorgt die Überwachung?

Name/Institution

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

5.

Sind Sie bettlägerig?

ja nein

Für durchschnittlich wie viele Stunden pro Tag können Sie das Bett verlassen?

6.

Sind Hilfsmittel vorhanden?

ja nein

Wenn ja, welche?

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____