|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Invalidenversicherungs-Stelle Impasse de la Colline 1, Postfach, 1762 Givisiez |  |  |
| Name und Adresse des Arztes |  | **AHV-Nummer:**  **Gesuch vom**  **Réf :**  **T**  **I/Zeichen:** |
| Givisiez, |  |  |

|  |
| --- |
|  |

**Name, Vorname der versicherten Person:**

**Geboren am**

**Beiblatt zum Arztbericht - Aufsaugende Inkontinenzhilfen**

Es wurde bei der IV die Übernahme von aufsaugenden Inkontinenzhilfen beantragt.

Als Inkontinenz gilt gemäss den für die IV gültigen Bestimmungen das Unvermögen, Urin- und/oder Stuhlabgang **willkürlich** zu kontrollieren.

Die IV kann eine Kostenbeteiligung an derartigen Produkten ins Auge fassen, wenn die Inkontinenz in enger Beziehung zum Symptomenkreis eines IV-pflichtigen Geburtsgebrechens steht und kein äusseres Ereignis bestimmend dazwischentritt.

Erforderlich ist zudem, dass die Inkontinenzhilfe

* entweder der direkten Heilung des Geburtsgebrechens dient oder
* einer Verschlechterung des bestehenden Zustandes hinsichtlich des Geburtsgebrechens entgegenwirkt
* oder das Auftreten neuer zusätzlicher Komplikationen (so z.B. die Folgen der ständigen Nässe) verhindert

In diesem Sinne bitten wir Sie um Ihre Stellungnahme zu folgenden Punkten:

1. Liegt im vorliegenden Fall eine Inkontinenz im obigen Sinne vor?  ja  nein
2. Wenn Frage 1 zu bejahen ist: Steht die Inkontinenz in enger Beziehung zum Symptomenkreis eines IV-pflichtigen Geburtsgebrechens?

ja  nein

Wenn ja, welches Geburtsgebrechen ist ursächlich (bitte GgV-Ziffer angeben) und inwiefern?

1. Wenn die Fragen 1 und 2 zu bejahen sind: Erfüllt die Inkontinenzhilfe im vorliegenden Fall den vorgenannten Zweck hinsichtlich Heilung des Geburtsgebrechens oder Entgegenwirken einer Verschlechterung des bestehenden Zustandes oder Verhinderung von zusätzlichen Komplikationen?

ja  nein

Wenn ja, inwiefern genau?

Allfällige weitere sachdienliche Hinweise und Bemerkungen:

Datum Stempel und Unterschrift des Arztes