|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Invalidenversicherungs-StelleImpasse 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