|  |  |
| --- | --- |
| 123 | **Bitte ausgefüllt****zurücksenden an:**SVA ZürichIV-StellePostfach8087 Zürich |
|  |

D Zusatzgesuch für medizinische Massnahmen/Hilfsmittel:

 Bitte ausfüllen und zurücksenden

**Personalien**

 Namen (auch Name als ledige Person)

|  |
| --- |
|       |

 Vornamen (alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben)

|  |
| --- |
|       |

 Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr) Versichertennummer (AHV 13-stellig, beginnend mit 756)

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |

 Postleitzahl, Ort Strasse, Hausnummer

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |

 Telefonnummer E-Mail

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |

Name und Adresse der Krankenkasse (Grundversicherung)

|  |
| --- |
|       |

**Was beantragen Sie?**

[ ]  Medizinische Massnahmen

[ ]  Hilfsmittel

**Medizinische Massnahmen**

Welche medizinischen Massnahmen beantragen Sie? (z.B. Verlängerung Geburtsgebrechen, weitere Geburtsgebrechen, Therapien, etc.)

|  |
| --- |
|       |

|  |
| --- |
|       |

|  |
| --- |
|       |

 Name und Adresse des verordnenden Arztes

|  |
| --- |
|       |

|  |
| --- |
|       |

Bei wem findet die medizinische Behandlung statt (Durchführungsstelle)?

 Name und Adresse

|  |
| --- |
|       |

|  |
| --- |
|       |

 Seit wann (Bitte genaues Datum angeben)?

|  |
| --- |
|       |

**Hilfsmittel**

Beschreibung des Hilfsmittels

|  |
| --- |
|       |

|  |
| --- |
|       |

|  |
| --- |
|       |

Bitte legen Sie diesem Gesuch einen Kostenvoranschlag und die medizinische Verordnung (Rezept des Arztes) bei.

Wer hat das Hilfsmittel verordnet?

 Name und Adresse des verordnenden Arztes

|  |
| --- |
|       |

|  |
| --- |
|       |

Wer liefert das Hilfsmittel (Durchführungsstelle)?

 Name und Adresse der Lieferfirma

|  |
| --- |
|       |

|  |
| --- |
|       |

Datum: Unterschrift der versicherten Peron oder der gesetzlichen Vertretung: