*[Hier die Adresse der IV-Stelle*

*des Wohnkantons einsetzen.]*

**Gesuch um Abklärung eines Hilfsmittels**

**Gewünschte Durchführungsstelle:**

b-at AG Beratung assistive Technologien, Chamstrasse 33, 8934 Knonau

**Hilfsmittel Abklärung für:**

Kommunikation **HVI 15.02,** Hilfsmittel für Personen mit fehlender oder reduzierter

Lautsprache.

Umfeldkontrolle **HVI 15.05**, Hilfsmittel zur Ansteuerung von Lampen, Türen, Telefon

usw.

Arbeitsplatz und Ausbildung **HVI 13.01**, Eingabehilfsmittel wie Hard- und Software.

**Versicherte Person**

Geschlecht:  weiblich  männlich

Vorname: Nachname:

Adresse:

IV Nummer: Telefonnummer:

Geburtsdatum: Mailadresse:

Zuständiger Arzt:

**Institution**

Namen der Institution:

Adresse:

**Ansprechperson für die Abklärung**

Vorname: Nachname:

Mailadresse: Telefonnummer:

**Diagnose:**

*[Führen Sie hier die Diagnose auf oder beschreiben sie die Hauptsymptome.]*

**Begründung, weshalb ein Hilfsmittel benötigt wird:**

*[Zur Unterstützung haben wir ein PDF unter: Support/Formular/Vorabklärung abgelegt.]*

Datum und Unterschrift

Versicherte, Eltern oder gesetzliche Vertreter

Bitte versenden Sie dieses Dokument an die zuständige IV-Stelle und eine Kopie an uns:

<mailto:info@b-at.ch> / Adresse: b-at ag, Chamstrasse 33, 8934 Kononau