|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 - Berufliche Massnahmen für Jugendliche ohne abgeschlossene berufliche Erstausbildung**

**Für die Beurteilung der Eingliederungsfähigkeit bitten wir Sie um Stellungnahme**

**Für Jugendliche, die noch keine berufliche Ausbildung begonnen haben (z. B. Schulabgänger) 🡪bitte Fragen A beantworten**

**Für Jugendliche, die bereits eine erstmalige berufliche Ausbildung begonnen haben 🡪 bitte Fragen B beantworten**

**A. Fragen betreffend eine zukünftige berufliche Erstausbildung:**

a.1. Werden die gesundheitlichen Einschränkungen Auswirkungen auf die erstmalige berufliche Ausbildung haben?

ja  nein

Wenn ja, inwiefern?

Falls kognitive oder mnestische Defizite, Störungen der Aufmerksamkeit oder sonstige Einschränkungen der Lernfähigkeit bestehen, bitten wir Sie, diese detailliert zu beschreiben und uns Kopien aller allfällig dazu vorliegenden Abklärungsberichte (z.B. neuropsychologische Untersuchungen) zukommen zu lassen

a.2 Gibt es allenfalls andere, nicht durch den Gesundheitszustand bedingte Gründe (z.B. psychosoziale Ursachen, mangelnde Sprachkenntnisse usw.), die eine erstmalige berufliche Ausbildung erschweren?

ja  nein

Wenn ja, welche?

a.3. Motivation der versicherten Person für eine berufliche Erstausbildung:

gut  teilweise  gering

a.4. Voraussichtliche gesundheitsbedingte oder behandlungsbedingte Absenzen:

gering  mittel  erheblich

a.5. Zumutbarkeit die öffentlichen Transportmittel zu benützen:

ja  nein: warum?

**B. Fragen betreffend die laufende berufliche Erstausbildung:**

b.1. Ist das Gelingen der bereits begonnenen Erstausbildung aus gesundheitlichen Gründen gefährdet?

ja  nein

Wenn ja, inwiefern?

b.2 Sind die Probleme der versicherten Person, die begonnene Ausbildung absolvieren zu können auf kognitive oder mnestische Defizite, Störungen der Aufmerksamkeit oder sonstige Einschränkungen der Lernfähigkeit zurückzuführen?

ja  nein

Wenn ja, bitten wir Sie, diese detailliert zu beschreiben und uns Kopien aller allfällig dazu vorliegenden Abklärungsberichte (z.B. neuropsychologische Untersuchungen) zukommen zu lassen

b.3 Gibt es allenfalls andere, nicht durch den Gesundheitszustand bedingte Gründe (z.B. psychosoziale Ursachen, mangelnde Sprachkenntnisse usw.), die eine erstmalige berufliche Ausbildung erschweren?

ja  nein

Wenn ja, welche?

b.4 Kann die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz bzw. im bisherigen Tätigkeitsbereich verbessert werden?

ja  nein

Wenn ja, mit welchen Massnahmen (z.B. medizinische Massnahmen, Hilfsmittel, Umgestaltung des Arbeitsplatzes, usw.)?

Wie wirken sich diese Massnahmen auf die Arbeitsfähigkeit aus?

Könnte Ihrer Meinung nach allenfalls eine andere Tätigkeit ins Auge gefasst werden?

ja  nein

Wenn ja, was wäre dabei besonders zu beachten?

b.5 In welchem zeitlichen Rahmen wäre eine angepasste Tätigkeit zumutbar (z.B. Stunden pro Tag)?

Besteht in diesem zeitlichen Rahmen eine verminderte Leistungsfähigkeit?

ja  nein

Wenn ja, in welchem Ausmass?

b.6 Motivation der versicherten Person für eine berufliche Erstausbildung:

gut  teilweise  gering

b.7 Voraussichtliche gesundheitsbedingte oder behandlungsbedingte Absenzen:

gering  mittel  erheblich

b.8 Zumutbarkeit die öffentlichen Transportmittel zu benützen:

ja  nein: warum?

b.9 Wenn keinerlei Tätigkeit zumutbar ist, wie lässt sich dies begründen?

b.10 Vorschläge, weitere Anfragen:

Datum Stempel und Unterschrift des Arztes