|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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**

**Verlaufsbericht für Personen bis zum vollendeten 20. Altersjahr für die Zeit ab:**

o Beantworten Sie bitte auch die zusätzlichen Fragen auf dem Beiblatt.

1. Verlauf, veränderte Befunde, allfällige neue Diagnosen (bei Geburtsgebrechen bitte GgV-Ziffer angeben):
2. Behandlungsplan (Beginn/Dauer) Prognose:
3. Wirkt sich der Gesundheitszustand auf den Schulbesuch oder die berufliche Ausbildung aus?

 [ ]  Ja [ ]  Nein

 Wenn ja, seit wann?

1. Hat sich der behinderungsbedingte Mehraufwand an Hilfeleistung und persönlicher Überwachung - im Vergleich zu einem Nichtbehinderten gleichen Alters - geändert? [ ]  Ja [ ]  Nein
 Wenn ja, inwiefern? Seit wann?

5. Haben Sie therapeutische Massnahmen in Hauspflege verordnet? [ ]  Ja [ ]  Nein
Wenn ja: Welche? Wie oft und wie lange, durch wen? Seit wann?

1. Datum der letzten ärztlichen Kontrolle:
2. **Beilagen**

Wir bitten Sie, neue in der Zwischenzeit eingetroffene Berichte von Spitälern und Spezialärzten/-ärztinnen zuhanden unseres ärztlichen Dienstes beizulegen oder diese genau zu bezeichnen, damit wir sie selbst anfordern können. Originalberichte werden nach Einsichtnahme zurückgesandt.

Datum Stempel oder Unterschrift des Arztes