|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 zur Revision der Leistungen bei Erwachsenen für die Zeit ab dem**

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

Gesundheitszustand: Unverändert? o

 Verschlechtert? o seit wann?
 Verbessert? o seit wann?

1. Welche Entwicklung haben Sie bei Ihrem Patienten in den letzten Monaten beobachtet?

1. Welche Diagnosen stellen Sie heute angesichts der aktuellen Symptomatologie und Ihrer objektiven klinischen Feststellungen? Bitte formulieren Sie Ihre Antwort detailliert nach den Kriterien der ICD.

 Vorhanden seit wann?

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

1. Stellen Sie bei Ihrem Patienten noch grössere funktionelle Einschränkungen fest? Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese.

1. Bestehen aus medizinischer Sicht grössere Bedenken, die gegen das Einführen stufenweiser Eingliederungsmassnahmen sprechen (8 Stunden über die 5 Tage der Arbeitswoche verteilt)? Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese.

1. Bitte beschreiben Sie ausführlich die derzeitige medikamentöse (Wirkstoff und Dosierung) und nichtmedikamentöse Behandlung.

1. Mussten Sie in den letzten Monaten Änderungen in der Behandlung vornehmen? Welche und aus welchem Grund? Sind Änderungen in der Behandlung oder medizinische Untersuchungen vorgesehen?

1. Besteht ein Potenzial (auch nur teilweise) für eine Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt?

 [ ]  ja [ ]  nein

Besteht ein Potenzial (auch nur teilweise) für eine Eingliederung in eine Beschäftigungsaktivität?

 [ ]  ja [ ]  nein

Bei der Beurteilung des Eingliederungspotenzials ist anzugeben, ob die bisherigen Behandlungen angemessen waren, die therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft wurden und wie der Krankheitsverlauf voraussichtlich sein wird. Gegebenenfalls ist anzugeben, ob noch andere Optionen in Betracht gezogen werden können.

1. Benötigt die versicherte Person für die alltäglichen Lebensverrichtungen

 regelmässig Hilfe durch eine Drittperson? [ ]  ja [ ]  nein

Seit wann?

1. Sind Sie der Ansicht, dass eine weitere ärztliche Untersuchung angezeigt ist? [ ]  ja [ ]  nein
2. Datum der letzten ärztlichen Kontrolle:
3. Wie oft werden Konsultationen durchgeführt?
4. Zusätzliche Informationen, Bemerkungen und Vorschläge:

1. **Beilagen**

Der ärztliche Dienst der IV-Stelle ersucht Sie, die Spital- und Facharztberichte zuzustellen oder die genaue Bezeichnung dieser Dokumente mitzuteilen, damit unser Dienst sie selbst beschaffen kann. Besten Dank im Voraus. Die Originalberichte werden Ihnen nach Einsichtnahme zurückgeschickt.

Datum Stempel und Unterschrift des Arztes