|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Arztbericht:Hilfsmittel |  |       |

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

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

IV-Abklärung Hilfsmittel:

Bitte Arztbericht ausfüllen und retournieren

Guten Tag

Ihre Patientin, Ihr Patient hat gesundheitliche Einschränkungen, die zu einer IV-Anmeldung führten. Für die rasche Prüfung benötigen wir Ihre kompetente Unterstützung.

Wir bitten Sie deshalb, den beiliegenden Arztbericht zu beantworten, soweit Ihnen dies von Ihrem Fachgebiet und Ihrem Patientendossier her möglich ist. Wenn deswegen einzelne Punkte offengelassen werden, haben wir durchaus Verständnis.

Weitere Informationen zur Zusammenarbeit mit den IV-Stellen finden Sie auf der Homepage
[www.iv-pro-medico.ch](http://www.iv-pro-medico.ch).

Sie können den Arztbericht auch auf unserer Website herunterladen.

Bitte füllen Sie den Arztbericht elektronisch oder von Hand aus und senden Sie ihn danach bitte so rasch als möglich zurück. Für das Ausfüllen dieses Arztberichts können Sie gemäss Tarmed abrechnen.

Wir danken Ihnen und grüssen Sie freundlich.

|  |
| --- |
|       |

 Arztbericht

Beurteilung des Anspruches von Erwachsenen auf Hilfsmittel

|  |
| --- |
|       |

Ergänzende Fragen

|  |
| --- |
|       |

Bitte beantworten Sie auch die zusätzlichen Fragen auf dem Beiblatt

[ ]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Versicherte Person (Vorname, Name)      | Geburtsdatum      | AHV-Nummer      |

1. Diagnosen

Bestehend seit wann?

|  |
| --- |
|       |

2. Ärztliche Angaben

* 2.1

Letzte Untersuchung vom

|  |
| --- |
|       |

* 2.2

Anamnese (chronologischer Verlauf, bisherige Therapie, aktuelle Symptome)

|  |
| --- |
|       |

* 2.3

Ärztlicher Befund

|  |
| --- |
|       |

* 2.4

Prognose

|  |
| --- |
|       |

* 2.5

Über welchen Zeitraum wird das Hilfsmittel benötigt?

|  |
| --- |
|       |

* 2.6

Wird das Hilfsmittel aufgrund eines Unfalls benötigt?

[ ]  ja [ ]  nein

Wurde dieser durch Dritte verursacht?

[ ]  ja [ ]  nein

3. Unterschrift

Vorname, Name, Datum und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

|  |
| --- |
|       |

Genaue Adresse (Praxis/Abteilung)

|  |
| --- |
|       |

4. Beilagen

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

|  |
| --- |
|       |