|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SVA St.GallenBrauerstrasse 54Postfach9016 St.Gallen |  | Name und Adresse des Arztes/der Ärztin |

**Verlaufsbericht für Personen bis zum vollendeten 20. Altersjahr:**

**Bitte Verlaufsbericht 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 Verlaufsbericht 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 Verlaufsbericht auch auf unserer Website herunterladen. Bitte füllen Sie den Verlaufsbericht idealerweise elektronisch oder von Hand so rasch als möglich aus. Die Rücksendung kann direkt an die E-Mailadresse iv-anfragen\_berichte@svasg.ch erfolgen oder aber auch per Post.

Den Verlaufsbericht und Gespräche mit uns können Sie nach Tarmed abrechnen.

Wir danken für Ihre Mitarbeit.

 Verlaufsbericht für Personen bis zum vollendeten 20. Altersjahr

**für die Zeit ab**

Bitte beantworten Sie auch die zusätzlichen Fragen auf dem Beiblatt

[ ]

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

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?

|  |
| --- |
|       |

4. 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?

|  |
| --- |
|       |

6. Datum der letzten ärztlichen Kontrolle

|  |
| --- |
|       |

7. Beilagen

Wir bitten Sie, neue in der Zwischenzeit eingetroffene 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.

8. Unterschrift

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

|  |
| --- |
|       |

Genaue Adresse (Praxis/Abteilung)

|  |
| --- |
|       |