|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SVA St.Gallen  Brauerstrasse 54  Postfach  9016 St.Gallen |  | Name und Adresse des Arztes/der Ärztin |

**Aktualisierung des Dossiers bei Erwachsenen:**

**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 folgender Homepage: www.iv-pro-medico.ch

Sie können den Verlaufsbericht auch auf unserer Website (www.svasg.ch/formulare-iv) herunterladen. Bitte füllen Sie den Verlaufsbericht elektronisch oder von Hand so rasch als möglich aus. Die Rücksendung erfolgt idealerweise direkt per E-Mail an: iv-anfragen\_berichte@svasg.ch

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

Wir danken für Ihre Mitarbeit.

Verlaufsbericht zur Aktualisierung des Dossiers bei Erwachsenen

**für die Zeit ab**

**Bei der Beantwortung der Fragen ist die Haushalttätigkeit ausser Acht zu lassen.**

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

1. Gesundheitszustand seither  stationär  verschlechtert  verbessert

2. Änderung der Diagnose?  Ja  Nein

* 2.1

Welche haben einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit?

|  |
| --- |
|  |

* 2.2

Seit wann und in welchem Ausmass?

|  |
| --- |
|  |

3. Verlauf / veränderte Befunde

|  |
| --- |
|  |

4. Therapeutische Massnahmen / Prognose

|  |
| --- |
|  |

5. Datum der letzten ärztlichen Kontrolle

|  |
| --- |
|  |

6. 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.

7. Unterschrift

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

|  |
| --- |
|  |

Genaue Adresse (Praxis/Abteilung)

|  |
| --- |
|  |

Ärztliches Beiblatt für Eingliederung/Rente

Für die Beurteilung der Eingliederungsfähigkeit und des Rentenanspruches bitten wir Sie um Stellungnahme.

1. Fragen zur bisherigen Tätigkeit

* 1.1

Wie wirkt sich die gesundheitliche Störung bei der bisherigen Tätigkeit aus?

|  |
| --- |
|  |

* 1.2

Ist die bisherige Tätigkeit noch zumutbar?  Ja  Nein

Wenn ja, in welchem zeitlichen Rahmen (Stunden pro Tag)?

|  |
| --- |
|  |

* 1.3

Besteht dabei eine verminderte Leistungsfähigkeit?  Ja  Nein

Wenn ja, in welchem Ausmass?

|  |
| --- |
|  |

2. Fragen zu möglichen Eingliederungsmassnahmen

* 2.1

Kann die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz   
bzw. im bisherigen Tätigkeitsbereich verbessert werden?  Ja  Nein

**2.1.1**

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

|  |
| --- |
|  |

Wie wirken sich diese Massnahmen auf die Arbeitsfähigkeit aus?

|  |
| --- |
|  |

* 2.2

Sind der versicherten Person andere Tätigkeiten zumutbar?  Ja  Nein

**2.2.1**

Wenn ja, welcher Art könnten diese Tätigkeiten sein?

|  |
| --- |
|  |

Was wäre dabei besonders zu beachten?

|  |
| --- |
|  |

In welchem zeitlichen Rahmen sind diese Tätigkeiten zumutbar (Stunden pro Tag)?

|  |
| --- |
|  |

**2.2.2**

Besteht in diesem zeitlichen Rahmen eine verminderte Leistungsfähigkeit?  Ja  Nein

Wenn ja, in welchem Ausmass?

|  |
| --- |
|  |

**2.2.3**

Wenn keine anderen Tätigkeiten mehr zumutbar sind, wie lässt sich dies begründen?

|  |
| --- |
|  |

3. Vorschläge, weitere Fragen

|  |
| --- |
|  |

*Hinweis: Die nachfolgenden Fragen sind nur zu beantworten, wenn diese auf dem von der IV-Stelle verschickten Verlaufsbericht ersichtlich sind.*

Zumutbare Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit? Zusatzfrage bei Teilarbeitsfähigkeit: Ist die von Ihnen attestierte Arbeitsfähigkeit realisierbar

* ganztags mit reduzierter Leistung?
* in Teilzeit mit voller Leistung?

|  |
| --- |
|  |

Besteht heute eine bleibende Einschränkung von mindestens 20% in der jetzigen Tätigkeit?   
Wenn nein, muss aus medizinischer Sicht innert Jahresfrist mit Einschränkungen im bisherigen Aufgabenbereich gerechnet werden? Welche Arbeiten und in welchem zeitlichen Umfang sind dem Versicherten noch zumutbar?

|  |
| --- |
|  |

Sind besondere Massnahmen während der erstmaligen beruflichen Ausbildung aus behinderungsbedingten Gründen erforderlich? Wenn ja, welche?

|  |
| --- |
|  |

Rentenrevision – Hat sich der Gesundheitszustand der versicherten Person seit dem letzten Bericht geändert? Wenn ja, mit welcher zusätzlichen Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und seit wann? Prognose bezüglich der Arbeitsfähigkeit?

|  |
| --- |
|  |

Ist die versicherte Person in einem der nachfolgenden Bereiche infolge gesundheitlicher Beeinträchtigung dauernd und regelmässig (durchschnittlich 2 Std. wöchentlich) auf eine lebenspraktische Begleitung angewiesen:

Hilfeleistungen, die das selbständige Wohnen ermöglichen

Begleitung bei ausserhäuslichen Verrichtungen und Kontakten

Regelmässige Anwesenheit einer Drittperson zu Verhinderung einer dauernden Isolation von der Aussenwelt

Wenn ja, in welchem Bereich? Wir bitten um möglichst ausführliche Angaben. Sofern auch bezüglich Beginn des Aufwandes Angaben gemacht werden können, sind wir Ihnen dankbar.

|  |
| --- |
|  |

Ist der/die Versicherte bei folgenden Lebensverrichtungen auf regelmässige Dritthilfe in erheblichem Masse angewiesen? Wenn ja, seit wann und aus welchen Gründen?

An-/Auskleiden

Aufstehen/Absitzen/Abliegen

Essen

Körperpflege

Verrichten der Notdurft

Fortbewegung und Pflege gesellschaftlicher Kontakte

Bedarf die versicherte Person der dauernden medizinisch-pflegerischen Hilfe (z. B. tägliches   
Verabreichen von Medikamenten, Wechseln von Bandagen, etc)?

Bedarf die versicherte Person der dauernden persönlichen Überwachung?

|  |
| --- |
|  |

Datum:

Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin