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

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

 |  |

**Psychiatrischer Verlaufsbericht:**

**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.

 Psychiatrischer Verlaufsbericht

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

1. Verlauf seit Ihrem Arztbericht vom

|  |
| --- |
|       |

1. Aktuelle Diagnose mit psychopathologischem Befund?

|  |
| --- |
|       |

1. Aktuelle Medikation (Präparate, Dosierung und Einnahmezeiten)?
Wurde der Medikamentenspiegel im Blut überprüft? Wenn ja, Ergebnis?

|  |
| --- |
|       |

1. Wie wirkt sich die aktuelle Symptomatik im Alltag aus?
(Ressourcen/Defizite)

|  |
| --- |
|       |

1. Wie hoch schätzen Sie die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit ein?

|  |
| --- |
|       |

1. Wie hoch schätzen Sie die Arbeitsfähigkeit in einer ideal adaptierten Tätigkeit ein?

|  |
| --- |
|       |

1. Wie müsste eine solche ideal adaptierte Tätigkeit aussehen?
(z.B. keine Nacht- oder Schichtarbeit, kein Kundenkontakt, nur Routinearbeiten, etc.)

|  |
| --- |
|       |

1. Falls in einer solchen Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit bestehen sollte, aufgrund welcher objektivierbaren Funktionsausfällen wäre dies zu begründen?

|  |
| --- |
|       |

1. Welche weiterführenden teilstationären oder stationären Behandlungsmassnahmen sind erfolgt oder geplant?
Wenn keine erfolgt oder geplant sind, weshalb nicht?

|  |
| --- |
|       |

1. Anhand welcher Prognosefaktoren können Sie den zu erwartenden weiteren Verlauf der nächsten Monate beschreiben (z.B. Erstmanifestation etc.)?

|  |
| --- |
|       |

1. Weitere Fragen

|  |
| --- |
|       |

1. 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.

1. Unterschrift

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

|  |
| --- |
|       |

Genaue Adresse (Praxis/Abteilung)

|  |
| --- |
|       |

Datum:

 Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin