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

Überprüfung medizinischer Sachverhalt

Guten Tag

Ihre Patientin, Ihr Patient bezieht eine Rente der Invalidenversicherung. Im Rahmen der Gesetzesrevision 6a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung müssen wir den medizinischen Sachverhalt erneut überprüfen.

Sie können den Fragebogen auch auf unserer Website herunterladen. Bitte füllen Sie den Fragebogen 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 Fragebogen und Gespräche mit uns können Sie nach Tarmed abrechnen.

Weitere Informationen zur Zusammenarbeit mit den IV-Stellen finden Sie auf der Homepage

[www.iv-pro-medico.ch](http://www.iv-pro-medico.ch).

Wir danken für Ihre Mitarbeit.

Fragebogen - Überprüfung medizinischer Sachverhalt

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

1. Hat sich der Gesundheitszustand im Vergleich zum       wesentlich und anhaltend verändert? Beilage:

1. Wenn ja, inwiefern? Welche Befunde haben Sie erhoben?
Bitte legen Sie Kopien von Untersuchungs-, Konsiliar- und Spitalberichten bei.

1. Welche somatischen und psychiatrischen Diagnosen liegen vor?

1. Befindet sich die versicherte Person zusätzlich in somatisch-fachärztlicher, psychiatrischer oder psychologisch-psychotherapeutischer Behandlung?

1. Welche Therapien (z.B. medikamentös) werden durchgeführt bzw. wären gegebenenfalls angezeigt?

1. Halten Sie eine ergänzende medizinische Abklärung für angezeigt?

1. Wie wirken sich die gesundheitlichen Einschränkungen Ihres Wissens auf den Alltag der versicherten Person aus?

1. Ist die versicherte Person bei den alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig auf Hilfe von Drittpersonen angewiesen? Wenn ja, seit wann?

1. Können Sie Angaben zu den sozialen Aktivitäten der versicherten Person machen?
(z.B. Kontakte, Reisen, Hobbys, Ehrenämter, Aufgaben in der Familie etc.)

1. Was müssten wir aus Ihrer Sicht bei Eingliederungsmassnahmen beachten?

Datum:

 Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin