|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Invalidenversicherungs-StelleImpasse de la Colline 1, Postfach, 1762 Givisiez |  |  |
| Name und Vorname des Arztes |  | **AHV-Nummer:** **Ref:** **T** **I/Zeichen:**  |
| Givisiez,  |  |  |

**Name und Vorname der versicherten Person**

**Geboren am**

**Arztbericht: Berufliche Integration/Rente**

 Guten Tag

Ihre Patientin, Ihr Patient hat gesundheitliche Einschränkungen, die zu einer IV-Anmeldung oder Rentenzusprache führten. Wir wollen den Fall rasch prüfen. Dazu brauchen wir Ihre kompetente Mithilfe.

Bitte beantworten Sie die Fragen im Bericht, soweit Ihr Fachgebiet und Ihr Patientendossier dies zulassen. Legen Sie bitte Kopien von bereits vorliegenden Berichten bei. Wir bitten Sie ebenfalls, die eventuell aufgeführten Zusatzfragen auf der ersten Seite des folgenden Arztberichtes zu beantworten.

**Informationen**

Sie möchten wissen, wie die Zusammenarbeit mit den IV-Stellen funktioniert? Informationen finden Sie unter [www.iv-pro-medico.ch](http://www.iv-pro-medico.ch). Dieser Fragebogen wurde in Zusammenarbeit mit der FMH erstellt.

Bitte füllen Sie den Arztbericht aus und senden Sie diesen zurück. Den Arztbericht und Gespräche mit uns können Sie nach Tarmed abrechnen.

Freundliche Grüsse

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Office de l’assurance-invalidité****Invalidenversicherungs-Stelle**Fribourg – FreiburgImpasse de la Colline 1, 1762 GivisiezT +41 26 426 70 00 — www.ksvafr.ch |

|  |  |
| --- | --- |
| Name und Vorname des Arztes | AHV-Nummer: Versicherte Person: Geboren am  |

Verfahrensstand

|  |  |
| --- | --- |
| Erstanmeldung IV Erneute Anmeldung IV Revision von Amtes wegen Revisionsgesuch |  |

**Ergänzende Fragen**

|  |
| --- |
|       |

**1. Allgemeine Angaben**

* **1.1**

Die ambulante/stationäre Behandlung durch Sie erfolgte

vom bis

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

Datum der letzten Konsultation

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

Frühere Konsultationen erfolgten durch

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

Spätere Konsultationen erfolgten durch

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

* **1.2**

Wie oft ist der Patient/die Patientin gegenwärtig in Behandlung?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

* **1.3**

Wie sieht der Verlauf der bisher attestierten Arbeitsunfähigkeit aus (in Prozent)?

% vom bis

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

Für welche Tätigkeiten haben Sie die Arbeitsunfähigkeit attestiert?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

* **1.4**

Gibt es weitere Behandler (Spezialärzte, Spitäler oder Therapeuten)?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

Bitte legen Sie Kopien von bereits vorliegenden Berichten bei.

**2. Medizinische Situation**

* **2.1**

Vorgeschichte und Entwicklung der Patientin/des Patienten

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

* **2.2**

Aktuelle medizinische Symptomatik und Situation

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

* **2.3**

Aktuelle Medikation (einschliesslich Dosis)

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

* **2.4**

Ausführliche objektive Befunde auf Basis Ihrer Untersuchungen

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

* **2.5**

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

(Bei psychischen Erkrankungen bitte ICD-10- oder DSM-5-Codes angeben.)

Wann wurden welche Diagnosen gestellt?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

* **2.6**

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Wann wurden welche Diagnosen gestellt?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

* **2.7**

Ihre Prognose zur Arbeitsfähigkeit

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

* **2.8**

Ihr weiteres Vorgehen / Ihr Behandlungsplan (Therapien, operative Eingriffe, Medikation)

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

**3. Berufliche Situation**

* **3.1**

Welche Tätigkeit übt der Patient, die Patientin gegenwärtig aus?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

[ ]  Kann ich nicht beantworten

* **3.2**

Welche Informationen zur beruflichen Situation liegen Ihnen vor?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

[ ]  keine

* **3.3**

Welche Anforderungen stellt die aktuelle Tätigkeit an Ihre Patientin, Ihren Patienten?
(zum Beispiel: körperlich streng / wechselbelastend / repetitiv / Führungsfunktion / Schichtarbeit /
Teamarbeit / Kundenkontakt oder Ähnliches.)

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

[ ]  Kann ich nicht beantworten

Falls Sie eine Beschreibung des Arbeitsplatzes haben, legen Sie diese bitte bei.

* **3.4**

Welche Funktionseinschränkungen bestehen? Wie wirken sie sich auf die bisherige Tätigkeit aus?

Bitte beschreiben Sie die Einschränkungen

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

[ ]  Kann ich nicht beantworten

* **3.5**

Hat Ihr Patient, Ihre Patientin Ressourcen, die für eine Eingliederung hilfreich sein können?

(zum Beispiel: Sprachkenntnisse / Weiterbildungen / Tagesablauf / ehrenamtliche Tätigkeiten / Hobbys / Freizeit / Kontakte zu Freunden / Reisen)

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

[ ]  Kann ich nicht beantworten

* **3.6**

Gibt es Zweifel an der Fahreignung? Welche?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

[ ]  Kann ich nicht beantworten

**4. Potenzial für die Eingliederung**

* **4.1**

Wie viele Stunden pro Tag ist die bisherige Tätigkeit zumutbar?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

[ ]  Kann ich nicht beantworten

* **4.2**

Wie viele Stunden pro Tag ist eine dem Leiden angepasste Tätigkeit zumutbar?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

* **4.3**

Wie ist Ihre Prognose zur Eingliederung?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

* **4.4**

Welche Faktoren stehen einer Eingliederung im Wege?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

* **4.5**

In welchem Ausmass ist Ihre Patientin, Ihr Patient bei Aufgaben im Haushalt eingeschränkt?

(zum Beispiel: Haushaltführung / Ernährung / Wohnungspflege / Einkauf / Wäsche / Kinderbetreuung.)

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

[ ]  Kann ich nicht beantworten

**Psychiatrische Fragen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hat sich die versicherte Person kürzlich (6 Monate) einer umfassenden Beurteilung oder Tests (z.B. neuropsychologisch, IQ, klinisch, usw.) unterzogen oder einen spezifischen Fragebogen ausgefüllt?Wenn ja, um welche Abklärung handelt es sich und von wem wurde diese durchgeführt? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |

A. Welche Einschränkungen sind zu berücksichtigen?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ja | Nein | Weiss nicht | Wenn ja, bitte präzisieren |
| A.1. Verhaltensschwierigkeiten der versicherten Person |  |  |  |  |
| A.2. Feindseligkeit oder Aggression |  |  |  |  |
| A.3. seltsames Verhalten |  |  |  |  |
| A.4. Schwierigkeiten im Umgang mit Emotionen |  |  |  |  |
| A.5. Antriebstörung |  |  |  |  |
| A.6. Schwierigkeiten in Zusammenhang mit administrativen Aufgaben |  |  |  |  |
| A.7. Schwierigkeiten bei der Aufrecht-erhaltung der persönlichen Hygiene |  |  |  |  |
| A. 8. Autonomieschwierigkeiten bei andern Aktivitäten des täglichen Lebens |  |  |  |  |
| A.9. Schwierigkeiten in der Fortbewegung |  |  |  |  |
| A.10. Schwierigkeiten bei der Aufrechterhaltung des Tag/Nacht-Rhythmus |  |  |  |  |
| A.11. Schwierigkeiten mit der Zeiteinteilung |  |  |  |  |
| A.12. Schwierigkeiten mit dem Eingeständnis der Krankheit und deren Behandlung |  |  |  |  |
| A.13. Hypersensibilität bezüglich Stress |  |  |  |  |
| A.14. Periodisches Auftreten von Dekompensationsphasen |  |  |  |  |
| A.15. Andere nicht genannte, funktionelle Einschränkungen (bitte präzisieren) |  |  |  |  |

B. Sind bestimmte kognitive Funktionen in Bezug auf eine Tätigkeit eingeschränkt?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nicht eingeschränkt | Eingeschränkt | Art |
| B.1. Orientierungsfähigkeit in Zeit und Raum oder in Bezug auf sich selbst |  |  |  |
| B.2. Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit |  |  |  |
| B.3. Begriffsvermögen |  |  |  |
| B.4. Merk- und Gedächtnisfähigkeiten |  |  |  |
| B.5. Fähigkeit zur Organisation/Planung |  |  |  |
| B.6. Fähigkeit sich Veränderungen anzupassen |  |  |  |

C. Welche Tätigkeiten sind für die versicherte Person unter Berücksichtigung des Gesundheitszustands und dessen Veränderungen noch möglich?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ja | Nein | Schwankend | Wenn nein oder schwankend bitte präzisieren aus welchen Gründen |
| C.1. Tätigkeiten mit Kundenkontakt oder solche die häufige zwischen-menschliche Kontakte erfordern |  |  |  |  |
| C.2. Tätigkeiten, die eine grosse Selbständigkeit erfordern |  |  |  |  |
| C.3. Tätigkeiten, die Ausdauer erfordern |  |  |  |  |
| C.4. Tätigkeiten, die Präzision erfordern |  |  |  |  |
| C.5. Tätigkeiten, die mit Stress verbunden sind |  |  |  |  |
| C.6. Tätigkeiten, die Schnelligkeit erfordern |  |  |  |  |
| C.7. Tätigkeiten, die eine ständige Anpassung erfordern |  |  |  |  |
| C.8. Tätigkeiten, die komplexe Aufgaben mit sich bringen |  |  |  |  |

D. In welchem Rahmen ist eine berufliche Tätigkeit noch möglich?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja | Nein |  |
| D.1. Vollzeitbeschäftigung? |  |  | Wenn ja, mit welcher Leistung? |
| D.2. Teilzeitbeschäftigung? |  |  | Wenn ja, zu welchem Prozentsatz? Mit welcher Leistung? |
| D.3. Welches ist das voraussichtliche Ausmass (Häufigkeit und Dauer) der Abwesenheiten auf Grund der psychischen Verfassung? | Häufigkeit:  | Dauer: |

**Diverses**

Was wäre für die Beurteilung des Falles ausserdem wichtig? Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

Datum

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

Vorname, Name, genaue Adresse (Praxis/Abteilung) und Unterschrift des Arztes / der Ärztin (elektronisches Visum genügt

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

Beilagen

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |