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

**Name, Vorname der versicherten Person**

**Geboren am**

**IV-Abklärung - Arztbericht für versicherte Kinder und junge Erwachsene**

 Guten Tag

Ihre Patientin, Ihr Patient hat gesundheitliche Einschränkungen, die zu einer IV-Anmeldung führten. Für die rasche Prüfung benötigt die IV-Stelle Ihre kompetente Unterstützung.

Wir bitten Sie deshalb, den beiliegenden Fragebogen zu beantworten, soweit Ihnen dies von Ihrem Fachgebiet und Ihrem Patientendossier her möglich ist. Wenn deswegen einzelne Punkte offen gelassen werden, haben wir durchaus Verständnis. Weitere Informationen zur Zusammenarbeit mit den IV-Stellen finden Sie auf der Homepage www.iv-pro-medico.ch.

Bitte füllen Sie den Arztbericht und senden Sie diesen zurück. Für das Ausfüllen dieses Formulars 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 Adresse des Arztes | AHV-Nummer: Versicherte Person: Geboren am  |

**Arztbericht** für die Beurteilung des Anspruches für versicherte Kinder und junge Erwachsene auf

[ ]  medizinische Massnahmen [ ]  Hilfsmittel

[ ]  Massnahmen der beruflichen Eingliederung

Ergänzende Fragen

|  |
| --- |
|       |

**1. Diagnosen**

**1.1**

Diagnosen Erstmals gestellt am

Bei psychiatrischen Erkrankungen bitte ICD 10- oder DSM-IV-Codes angeben

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

**1.2**

Wirkt sich der Gesundheitszustand auf den Schulbesuch oder die berufliche Ausbildung aus?

[ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, wie? Seit wann?

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

**1.3**

Liegen ein oder mehrere Geburtsgebrechen gemäss GgV vor?

[ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, Ziffer(n)

|  |
| --- |
|       |

**1.4**

Der Gesundheitszustand der versicherten Person ist

[ ]  gleich bleibend [ ]  besserungsfähig [ ]  sich verschlechternd

**1.5**

Kann durch medizinische Massnahmen die Möglichkeit einer späteren Eingliederung ins Erwerbsleben wesentlich verbessert werden?

[ ]  ja [ ]  nein

**1.6**

Benötigt die versicherte Person Behandlung/Therapie?

[ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, welche?

|  |
| --- |
|       |

Therapieart

Beginn Geplante Dauer

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

Umfang (Häufigkeit und Dauer der Sitzung)

|  |
| --- |
|       |

Durchführungsstelle: Wo wird die Behandlung durchgeführt? Domizilbehandlungen nur bei medizinischer Notwendigkeit (bitte begründen)

|  |
| --- |
|       |

Was ist das Therapieziel?

|  |
| --- |
|       |

**1.7**

Benötigt die versicherte Person Behandlungsgeräte oder Hilfsmittel?

[ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, welche?

|  |
| --- |
|       |

**1.8**

Hilflosigkeit: Besteht ein behinderungsbedingter Mehraufwand an Hilfeleistung oder persönlicher Überwachung im Vergleich zu einem Nichtbehinderten gleichen Alters?

[ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, bitte begründen

|  |
| --- |
|       |

**2 Ärztliche Angaben**

**2.1**

Behandlung vom bis

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

**2.2**

Letzte Untersuchung vom

|  |
| --- |
|       |

**2.3**

Anamnese (chronologischer Verlauf, bisherige Therapie, aktuelle Symptome

|  |
| --- |
|       |

**2.4**

Ärztlicher Befund

|  |
| --- |
|       |

**2.5**

Prognose

|  |
| --- |
|       |

**2.6**

Spezialärztliche Untersuchungen

|  |
| --- |
|       |

**2.7**

Behandlungsplan (Beginn/Dauer)

|  |
| --- |
|       |

**2.8**

Haben Sie therapeutische Massnahmen in Hauspflege verordnet?

[ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, welche, wie oft und wie lange, durch wen?

|  |
| --- |
|       |

**Berufliche Massnahmen für Jugendliche ohne abgeschlossene berufliche Erstausbildung**

**Für die Beurteilung der Eingliederungsfähigkeit bitten wir Sie um Stellungnahme**

**Für Jugendliche, die noch keine berufliche Ausbildung begonnen haben (z. B. Schulabgänger) 🡪bitte Fragen A beantworten**

**Für Jugendliche, die bereits eine erstmalige berufliche Ausbildung begonnen haben 🡪 bitte Fragen B beantworten**

**A. Fragen betreffend eine zukünftige berufliche Erstausbildung:**

a.1

Werden die gesundheitlichen Einschränkungen Auswirkungen auf die erstmalige berufliche
Ausbildung haben? [ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja inwiefern?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

Falls kognitive oder mnestische Defizite, Störungen der Aufmerksamkeit oder sonstige Einschränkungen der Lernfähigkeit bestehen, bitten wir Sie, diese detailliert zu beschreiben und uns Kopien aller allfällig dazu vorliegenden Abklärungsberichte (z.B. neuropsychologische Untersuchungen) zukommen zu lassen

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

a.2

Gibt es allenfalls andere, nicht durch den Gesundheitszustand bedingte Gründe (z.B. psychosoziale Ursachen, mangelnde Sprachkenntnisse usw.), die eine erstmalige berufliche Ausbildung erschweren? [ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, welche?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

a.3

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Motivation der versicherten Person für eine berufliche Erstausbildung | [ ] gut | [ ] teilweise | [ ] gering |
| Voraussichtliche gesundheitsbedingte oder behandlungsbedingte Absenzen | [ ] geringe | [ ] mittel | [ ] erheblich |
| Zumutbarkeit die öffentlichen Transportmittel zu benützen | [ ] ja | [ ] nein: warum? |

**B. Fragen betreffend die laufende berufliche Erstausbildung:**

b.1

Ist das Gelingen der bereits begonnenen Erstausbildung aus gesundheitlichen Gründen gefährdet? [ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, inwiefern?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

b.2

Sind die Probleme der versicherten Person, die begonnene Ausbildung absolvieren zu können auf kognitive oder mnestische Defizite, Störungen der Aufmerksamkeit oder sonstige Einschränkungen der Lernfähigkeit zurückzuführen? [ ]  ja [ ]  nein

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

Wenn ja, bitten wir Sie, diese detailliert zu beschreiben und uns Kopien aller allfällig dazu vorliegenden Abklärungsberichte (z.B. neuropsychologische Untersuchungen) zukommen zu lassen

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

b.3

Gibt es allenfalls andere, nicht durch den Gesundheitszustand bedingte Gründe (z.B. psychosoziale Ursachen, mangelnde Sprachkenntnisse usw.), die eine erstmalige berufliche Ausbildung erschweren? [ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, welche?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

b.4

Kann die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz bzw. im bisherigen Tätigkeitsbereich verbessert werden? [ ]  ja [ ]  nein

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

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

Wie wirken sich diese Massnahmen auf die Arbeitsfähigkeit aus?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

Könnte Ihrer Meinung nach allenfalls eine andere Tätigkeit ins Auge gefasst werden? [ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, was wäre dabei besonders zu beachten?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

b.5

In welchem zeitlichen Rahmen wäre eine angepasste Tätigkeit zumutbar (z.B. Stunden pro Tag?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

Besteht in diesem zeitlichen Rahmen eine verminderte Leistungsfähigkeit? [ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, in welchem Ausmass?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

b.6

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Motivation der versicherten Person für eine berufliche Erstausbildung | [ ] gut | [ ] teilweise | [ ] gering |
| Voraussichtliche gesundheitsbedingte oder behandlungsbedingte Absenzen | [ ] geringe | [ ] mittel | [ ] erheblich |
| Zumutbarkeit die öffentlichen Transportmittel zu benützen | [ ] ja | [ ] nein: warum? |

b.7

Wenn keinerlei Tätigkeit zumutbar ist, wie lässt sich dies begründen?

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

b.7

Vorschläge, weitere Anfragen

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

**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

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |