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

|  |
| --- |
|  |

**Name, Vorname der versicherten Person:**

**Geboren am**

**Psychiatrische Beilage zum IV-Bericht**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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: |

Datum Stempel und Unterschrift des Arztes

ABR\_TEXT