|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Invalidenversicherungs-Stelle Impasse 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**

**Arztbericht für die IV**

Guten Tag

Beiliegend finden Sie einen für die IV auszufüllenden Arztbericht.

Dieses Formular wurde **im Rahmen der Frühintervention** entwickelt und umgesetzt. Es ist besonders ausgerichtet auf Fragen, die eine frühzeitige Aufnahme der beruflichen Tätigkeit am bestehenden Arbeitsplatz betreffen und auf eine mögliche berufliche Wiedereingliederung.

Sie finden beigelegt ebenfalls ein Rechnungsformular, das Sie bitte nach den Vorgaben des TARMED ausfüllen. Die Position ist dieselbe wie ein „Zwischenbericht“ für die IV, das heisst Position 00.2205.

Freundliche Grüsse

**Invalidenversicherungsstelle**

**des Kantons Freiburg**

Formular ohne Unterschrift

|  |  |
| --- | --- |
|  | AHV-Nummer:  Versicherte Person:  Geboren am |

**Arztbericht - Frühintervention**

|  |
| --- |
|  |

1. Diagnose(n) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehend seit wann

1. Allfällige Diagnose(n) ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Laufende oder geplante medizinische Behandlung (inkl. Medikation):

1. Arbeitsunfähigkeit

     % vom       bis

     % vom       bis

1. Funktionelle Einschränkungen (physisch, psychisch, mental):

1. Prognose betreffend die berufliche Tätigkeit

6.1) Ist die Wiederaufnahme oder Weiterführung der bisherigen Tätigkeit als **x--Art der Tätigkeit angeben--x** möglich?

ja  nein

Wenn ja, seit wann und zu welchem Prozentsatz?       /

Wenn nein, bitte begründen?

6.2) Ist ein Wechsel zu einer anderen, den Leistungseinschränkungen besser angepassten Tätigkeit zumutbar?

ja  nein

Wenn ja, seit wann und zu welchem Prozentsatz?       /

Wenn nein, bitte begründen?

6.3) Welche Massnahmen könnten nach Ihrer Meinung die Wiederaufnahme der bisherigen oder einer neuen beruflichen Tätigkeit unterstützen, z.B.:

o Anpassung des Arbeitsplatzes

o Begleitung am Arbeitsplatz (Coaching)

o Progressive Wiederaufnahme der Tätigkeit in einem angepassten Rahmen (Integrationsmassnahme IM)

o Hilfsmittel

Wenn ja, welche:

Anmerkungen und andere Vorschläge:

1. Nächster Bericht (Neubeurteilung) in    Monaten
2. Falls Sie es wünschen kann die IV-Stelle Sie telefonisch kontaktieren, um die Situation dieser versicherten Person vertiefter diskutieren zu können? o ja o nein

Im Bedarfsfall kontaktiert Sie die IV-Stelle von sich aus.

.

Datum Stempel und Unterschrift des Arztes