|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 und Vorname der versicherten Person:**

**Geboren am**

**Verlaufsbericht für Personen bis zum vollendeten 20. Altersjahr**

1. Verlauf, veränderte Befunde, allfällige neue Diagnosen (bei Geburtsgebrechen bitte GgV-Ziffer angeben):
2. Liegt Ihrer Meinung nach die Intelligenz des/der Versicherten noch zweifelsfrei im Normbereich (IQ>69)?

ja  nein  zu prüfen

Ev. Angabe des IQ und Datum der letzten IQ-Bestimmung:

1. Welche therapeutische(n) Massnahme(n) schlagen Sie aktuell vor zur Erreichung welchen Ziels?
2. Wirkt sich der Gesundheitszustand auf den Schulbesuch oder die berufliche Ausbildung aus?

ja  nein

Wenn ja, seit wann?

1. Hat sich der behinderungsbedingte Mehraufwand an Hilfeleistung und persönlicher Überwachung - im Vergleich zu einem Nichtbehinderten gleichen Alters - geändert?

Wenn ja, inwiefern? Seit wann?        ja  nein

6. Haben Sie therapeutische Massnahmen in Hauspflege verordnet?  ja  nein  
Wenn ja: Welche? Wie oft und wie lange, durch wen? Seit wann?

7. Datum der letzten ärztlichen Kontrolle:

8. **Beilagen**

Wir bitten Sie, neue in der Zwischenzeit eingetroffene Berichte von Spitälern und Spezialärzten/-ärztinnen zuhanden unseres ärztlichen Dienstes beizulegen oder diese genau zu bezeichnen, damit wir sie selbst anfordern können. Originalberichte werden nach Einsichtnahme zurückgesandt.

Datum Stempel oder Unterschrift des Arztes