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

**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 – Freiburg  Impasse de la Colline 1, 1762 Givisiez  T +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

**Für die Beurteilung der Eingliederungsfähigkeit und/oder des Rentenanspruches**

**Fragen zur bisherigen Tätigkeit**

* **1.1**

Ist die bisherige Tätigkeit noch zumutbar?  ja  nein

Wenn ja, in welchem zeitlichen Rahmen (Stunden pro Tag)

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

Besteht dabei eine verminderte Leistungsfähigkeit?  ja  nein

Wenn ja, in welchem Ausmass?

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

**Fragen zur beruflichen Wiedereingliederung**

* **1.2**

Kann die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz bzw. im bisherigen Tätigkeitsbereich verbessert werden?

ja  nein

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

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

Wie wirken sich diese Massnahmen auf die Arbeitsfähigkeit aus?

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

* **1.3**

Sind der versicherten Person andere Tätigkeiten zumutbar?  ja  nein

Wenn ja, welcher Art könnten diese Tätigkeiten sein? Was wäre dabei besonders zu beachten? In welchem zeitlichen Rahmen sind diese Tätigkeiten zumutbar (Stunden pro Tag)?

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

Besteht in diesem zeitlichen Rahmen eine verminderte Leistungsfähigkeit?  ja  nein

Wenn ja, in welchem Ausmass?

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

* **1.4**

Wenn keine anderen Tätigkeiten mehr zumutbar sind, wie lässt sich dies begründen?

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

* **1.5**

Die Person hat folgende funktionelle Fähigkeiten (im Fall einer beruflichen Tätigkeit):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ja | Nein |  | Ja | Nein |  |
|  |  | Sitzende Stellung       Std. pro Tag |  |  | Strecke zu Fuss (Umfang der Gehstrecke) max.       Meter |
|  |  | Stehende Stellung       Std. pro Tag |  |  | Benutzung der beiden Arme – Hände links/rechts vollständig, Einschränkungen: |
|  |  | Die gleiche Körperstellung während längerer Zeit       Std. pro Tag |  |  | Heben, tragen oder Gewichte versetzen, zumutbares Gewicht:      kg |
|  |  | Alternierende Stellung sitzend/stehend |  |  | Sich bücken |
|  |  | Alternierend sitzend/stehend/laufend |  |  | Bewegungen der Glieder oder des Rückens, gelegentlich/wiederholend: |
|  |  | Kniende Stellung |  |  | Unregelmässige Arbeitszeiten/in der Nacht/am Morgen |
|  |  | Neigung des Oberkörpers |  |  | Arbeit in der Höhe/auf einer Leiter |
|  |  | Kauernde Stellung |  |  | Fortbewegung auf unebenem Boden oder in Hanglage |
|  |  | Normale intellektuelle Tätigkeit |  |  | Akzeptables Verhalten für die Mitarbeitenden |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Zu vermeidende Umgebung | kalt | lärmig | staubig |
| Motivierung für die Arbeitsaufnahme oder eine berufliche Umschulung | gut | teilweise | gering |
| Voraussichtliche durch den Gesundheitszustand oder durch die ärztliche Behandlung begründete Absenzen | gering | mittel | erheblich |
| Zumutbarkeit die öffentlichen Transportmittel zu benützen | ja | nein: warum? | |

**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

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