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

**Name und Vorname der versicherten Person:**

**Geboren am**

**Verlaufsbericht bei Erwachsenen für die Zeit ab dem**

Bitte füllen Sie den Arztbericht aus und senden Sie diesen zurück.

Gesundheitszustand: unverändert? o  
 verschlechtert? o seit wann?        
 verbessert? o seit wann?

* **1.1**

Welche Entwicklung haben Sie bei Ihrem Patienten in den letzten Monaten beobachtet?

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

* **1.2**

Welche Diagnosen stellen Sie heute angesichts der aktuellen Symptomatologie und Ihrer objektiven klinischen Feststellungen? Bitte formulieren Sie Ihre Antwort detailliert nach den Kriterien der ICD.

Vorhanden seit wann?

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

* **1.3**

Stellen Sie bei Ihrem Patienten noch grössere funktionelle Einschränkungen fest? Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese.

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

* **1.4**

Bestehen aus medizinischer Sicht grössere Bedenken, die gegen das Einführen stufenweiser Eingliederungsmassnahmen sprechen (8 Stunden über die 5 Tage der Arbeitswoche verteilt)? Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese.

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

* **1.5**

Bitte beschreiben Sie ausführlich die derzeitige medikamentöse (Wirkstoff und Dosierung) und nichtmedikamentöse Behandlung.

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

Mussten Sie in den letzten Monaten Änderungen in der Behandlung vornehmen? Welche und aus welchem Grund? Sind Änderungen in der Behandlung oder medizinische Untersuchungen vorgesehen?

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

* **1.6**

Besteht ein (auch nur teilweise) Potenzial für eine Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt?  ja  nein

Besteht ein (auch nur teilweise) Potenzial für eine Eingliederung in eine Beschäftigungsaktivität?  ja  nein

Bei der Beurteilung des Eingliederungspotenzials ist anzugeben, ob die bisherigen Behandlungen angemessen waren, die therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft wurden und wie der Krankheitsverlauf voraussichtlich sein wird. Gegebenenfalls ist anzugeben, ob noch andere Optionen in Betracht gezogen werden können.

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

* **1.7**

Benötigt die versicherte Person für die alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig Hilfe durch eine Drittperson?  ja  nein

Wenn ja, seit wann?

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

* **1.8**

Sind Sie der Ansicht, dass eine weitere ärztliche Untersuchung angezeigt ist?  ja  nein

* **1.9**

Datum der letzten ärztlichen Kontrolle

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

* **1.10**

Wie oft werden Konsultationen durchgeführt?

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

**Psychiatrische Fragen**

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

**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

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