|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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?

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

**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

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