|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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**

**Verlaufsbericht zur Aktualisierung des Dossiers bei Erwachsenen für die Zeit ab**

o Beantworten Sie bitte auch die zusätzlichen Fragen auf dem Beiblatt.

1. Gesundheitszustand seither  stationär  verschlechtert  verbessert
2. Änderung der Diagnose?  ja  nein

Welche haben einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit?

Seit wann und in welchem Ausmass?

1. Verlauf/veränderte Befunde:
2. Therapeutische Massnahmen/Prognose:

1. Datum der letzten ärztlichen Kontrolle:
2. **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 und Unterschrift des Arztes