|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Invalidenversicherungs-StelleImpasse 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