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

**Arztbericht für die IV**

Guten Tag

Beiliegend finden Sie einen für die IV auszufüllenden Arztbericht.

Dieses Formular wurde von der IV-Stelle des Kantons Freiburg und der Krebsliga Freiburg im Rahmen des Prozesses ONCOPROF entwickelt. Ein Prozess, welcher die berufliche Eingliederung von an Krebs erkrankten Personen fördern soll.

Es ist besonders ausgerichtet auf Fragen, die eine frühzeitige Aufnahme der beruflichen Tätigkeit am bestehenden Arbeitsplatz betreffen und auf eine mögliche berufliche Wiedereingliederung.

Sie finden beigelegt ebenfalls ein Rechnungsformular, das Sie bitte nach den Vorgaben des TARMED ausfüllen. Die Position ist dieselbe wie ein „Zwischenbericht“ für die IV, das heisst Position 00.2205.

Freundliche Grüsse

**Invalidenversicherungsstelle**

**des Kantons Freiburg**

Formular ohne Unterschrift

|  |  |
| --- | --- |
|  | AHV-Nummer:  Versicherte Person:  Geboren am |

|  |
| --- |
|  |

**Arztbericht**

OncoPROF

Bitte leserlich oder PC ausfüllen und innert 30 Tagen an die IV-Stelle zurücksenden.

.

1. Diagnose(n) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Erschwerende Faktoren (z.B. Nebenwirkungen der medizinischen Behandlung oder der Krankheit):

1. Laufende oder geplante medizinische Behandlung:

1. Arbeitsunfähigkeit:

     % von       bis

     % von       bis

1. Aktuelle berufliche Tätigkeit

a) Ist diese zurzeit noch zumutbar? o ja o nein

b) Zu welchem Prozentsatz?      %

c) Welche Einschränkungen sind zu respektieren?

d) Handelt es sich um eine Wiederaufnahme mit therapeutischem Hintergrund? o ja o nein

Wenn ja, geben Sie bitte Ihre Gründe an:

1. Welches ist die Prognose für eine Wiederaufnahme der Arbeit?

Geben Sie bitte Ihre Gründe an

1. Welche Massnahmen könnten nach Ihrer Meinung eine Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit unterstützen, z.B.:

o Anpassung des Arbeitsplatzes

o Begleitung am Arbeitsplatz

o Hilfsmittel

Wenn ja, welche:

Anmerkungen und andere Vorschläge:

1. Wünschen Sie einen telefonischen Kontakt mit der IV-Stelle um die Situation dieser versicherten Person vertiefter diskutieren zu können? o ja o nein
2. Nächster Bericht (Neubeurteilung) in       Monaten

Datum Stempel und Unterschrift des Arztes