**Verlaufsbericht**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Versicherte Person (Vorname, Name)      | Geburtsdatum      | AHV-Nummer      |

Im Rahmen des IV-Verfahrens benötigen wir Ihre Zusammenarbeit.

Wir bitten Sie um die genauen Angaben zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen sowie in einer angepassten Tätigkeit seit Ihrem letzten Bericht vom      .

**1. Allgemeine Angaben**

**1.1**

Der Gesundheitszustand der versicherten Person ist seither?

[ ]  stationär [ ]  verschlechtert [ ]  verbessert

**1.2**

Aktuelle Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Bei psychiatrischen Erkrankungen bitte zusätzlich ICD 10- oder DSM-IV-Codes angeben

Bestehend seit wann und in welchem Ausmass?

|  |
| --- |
|       |

**1.3**

Veränderte Befunde/aktueller psychopathologischer Befund/funktionelle Einschränkungen
(Punkt 2 ist zu berücksichtigen)

|  |
| --- |
|       |

**2. Ressourcenprofil für berufliche Tätigkeit**

**2.1**

Beurteilung des zeitlichen Umfanges (in Std./Tag), in dem die bisherige bzw. eine angepasste Tätigkeit ausgeübt werden kann:
Bisherige Tätigkeit:

|  |
| --- |
|       |

Angepasste Tätigkeit:

|  |
| --- |
|       |

**2.2**

Verminderung der Leistungsfähigkeit?

[ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, in welchem Umfang (in %)?

|  |
| --- |
|       |

[ ]  kann ich nicht beantworten

**3. Angaben zur Behandlung**

**3.1**

Gegenwärtige Behandlung und Verlauf

In Behandlung bei Ihnen seit?

|  |
| --- |
|       |

Rhythmus?

|  |
| --- |
|       |

Letzte Kontrolle am?

|  |
| --- |
|       |

**3.2**

Aktuelle Medikation (einschl. Dosis)?

[ ]  keine

Welche?

|  |
| --- |
|       |

**3.3**

Prognose

|  |
| --- |
|       |

**3.4**

Liste aller aktuellen Behandlerinnen, Behandler mit Fachrichtung und Adresse

|  |
| --- |
|       |

|  |
| --- |
|       |

|  |
| --- |
|       |

**4. Arbeitsfähigkeit**

**4.1**

Kann die Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen verbessert werden?

[ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, durch welche?

|  |
| --- |
|       |

**4.2**

Besteht Belastbarkeit für Massnahmen der Wiedereingliederung im Umfang von mind. 2 Std./Tag?
[ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, in welchem Umfang? (siehe auch Punkt 2)

|  |
| --- |
|       |

**4.3**

|  |  |
| --- | --- |
|  | gering sehr hoch |
| Wie beurteilen Sie die Motivation bei Ihrem Patienten? | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10[ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  |

**4.4**

Bestehen Faktoren (am Arbeitsplatz, in der Familie, Partner, etc.) welche die Krankheit aufrechterhalten?

|  |
| --- |
|       |

**5. Unterschrift**

Vorname, Name, Datum und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

|  |
| --- |
|       |

Genaue Adresse (Praxis/Abteilung)

|  |
| --- |
|       |

Telefonnummer für Rückfragen und allenfalls Zeiten guter Erreichbarkeit

|  |
| --- |
|       |

**6. Wichtige Informationen**

Zur Verrechnung dieses Fragebogens ist die TarMed Position 00.2205 (Verlaufsbericht IV) zu verwenden. Die dafür benötigte Konsultation und Untersuchung können Sie uns zusätzlich nach Tarif in Rechnung stellen.

Weitere Informationen zur Zusammenarbeit mit den IV-Stellen finden Sie auf der Homepage
[www.iv-pro-medico.ch](http://www.iv-pro-medico.ch).

**7. Beilagen**

Wir bitten Sie, spezialärztliche Berichte zuhanden unseres ärztlichen Dienstes beizulegen oder diese genau zu bezeichnen, damit wir sie selbst anfordern können. Originalberichte werden nach Einsichtnahme zurückgesandt.

|  |
| --- |
|       |