**Verlaufsbericht Revision Rente**

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

Im Rahmen der Rentenrevision benötigen wir Ihre Zusammenarbeit

IV-Grad % seit Datum

**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)

|  |
| --- |
|       |

**1.4**

Besteht ein Bedarf auf Hilfe von Dritten zu Erledigung der alltäglichen Lebensverrichtungen (An-/Auskleiden/Aufstehen/Absitzen/Abliegen/Essen/Körperpflege/Verrichtung der Notdurft/Fortbewegung/Pflege gesellschaftlicher Kontakte) oder ist Hilfe bei der Alltagsstrukturierung nötig?
[ ]  ja [ ]  nein
Wenn ja, in welchen Bereichen?
Seit wann?

|  |
| --- |
|       |

**2. Ressourcenprofil für berufliche Tätigkeit**

[ ]  kann ich nicht beantworten

**2.1**

**Zeitlicher Umfang**

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

|  |
| --- |
|       |

Angepasste Tätigkeit:

|  |
| --- |
|       |

Verminderung der Leistungsfähigkeit?

[ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, in welchem Umfang (in %)?

|  |
| --- |
|       |

**2.2**

**Somatischer Teil**

(Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennungen möglich)

**Folgende Arbeiten können verrichtet werden**

**Körperliche Arbeitsschwere**

[ ]  schwere Arbeiten [ ]  mittelschwere [ ]  leichte bis mittel- [ ]  leicht (bis 10kg)

 schwere (bis 15kg)

**Arbeitshaltung**

im Stehen [ ]  ständig [ ]  überwiegend [ ]  zeitweise

im Gehen [ ]  ständig [ ]  überwiegend [ ]  zeitweise

im Sitzen [ ]  ständig [ ]  überwiegend [ ]  zeitweise

**Arbeitsorganisation**

[ ]  Tagschicht [ ]  Früh-/Spätschicht [ ]  Nachtschicht

**Einschränkungen**

Hören [ ]  leicht [ ]  mittel [ ]  stark eingeschränkt

Sehen [ ]  leicht [ ]  mittel [ ]  stark eingeschränkt

Manuelles Geschick [ ]  leicht [ ]  mittel [ ]  stark eingeschränkt

Kraft der Hände [ ]  leicht [ ]  mittel [ ]  stark eingeschränkt

Gang- und Standsicherheit [ ]  leicht [ ]  mittel [ ]  stark eingeschränkt

Koordination [ ]  leicht [ ]  mittel [ ]  stark eingeschränkt

**2.3**

**Psychiatrischer Teil**

**Fähigkeiten Einschränkung**

 keine leicht mittel schwer

Anpassung an Regeln und Routinen [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Planung und Strukturierung von Aufgaben [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Flexibilität und Umstellung [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Anwendung fachlicher Kompetenz [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Durchhaltefähigkeit [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Selbstbehauptungsfähigkeit [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Gruppenfähigkeit [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Kontaktfähigkeit zu Dritten [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Spontan-Aktivitäten [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Selbstpflege [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Fahrtauglichkeit [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Auffassung [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Konzentration [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Merkfähigkeit [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Belastbarkeit im Alltag [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Belastbarkeit im Beruf [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

**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.

|  |
| --- |
|       |