**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.

|  |
| --- |
|  |