

Kanton auswählen

**IV-Abklärung berufliche Integration/Rente:
Bitte Arztbericht ausfüllen und retournieren**

Guten Tag

Ihre Patientin, Ihr Patient hat gesundheitliche Einschränkungen, die zu einer IV-Anmeldung führten. Wir wollen den Fall rasch prüfen. Dazu brauchen wir Ihre kompetente Mithilfe. Bitte beantworten Sie die Fragen im Bericht, soweit Ihr Fachgebiet und Ihr Patientendossier dies zulassen. Legen Sie bitte Kopien von bereits vorliegenden Berichten bei.

Informationen

Sie möchten wissen, wie die Zusammenarbeit mit den IV-Stellen funktioniert?

Informationen finden Sie unter www.iv-pro-medico.ch.

Dieser Fragebogen wurde in Zusammenarbeit mit der FMH erstellt.

Bei medizinischen Fragen wenden Sie sich bitte an unseren Regionalen Ärztlichen Dienst.

Den Arztbericht und Gespräche mit uns können Sie nach Tarmed abrechnen.

Wir danken Ihnen und grüssen Sie freundlich.

Arztbericht: Berufliche Integration/Rente

Personalien

Name			Vorname	
Postleitzahl, Ort		Strasse, Hausnummer		
Geschlecht	Geburtsdatum	AHV-Nummer	Telefonnummer	

Verfahrensstand

Kontakt

Haben Sie Fragen zum Stand der Abklärungen?

Falls wir Sie anrufen sollen: Wann können wir Sie unter welcher Nummer erreichen?

Telefonnummer	Zeitfenster

Falls wir Sie anrufen wollen: Wann können wir Sie unter welcher Nummer erreichen?

Telefonnummer	Zeitfenster

1 Allgemeine Angaben

1.1

Die ambulante/stationäre Behandlung durch Sie erfolgte

vom _____ bis _____ Datum Ihrer letzten Kontrolle

Frühere Kontrollen erfolgten durch

Spätere Kontrollen erfolgten durch

1.2

Wie oft ist der Patient, die Patientin gegenwärtig in Behandlung?

1.3

Wie sieht der Verlauf der bisher attestierten Arbeitsunfähigkeit aus (in Prozent)?

%	von	bis
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Für welche Tätigkeiten haben Sie die Arbeitsunfähigkeit attestiert?

1.4

Gibt es weitere Behandler (Spezialärzte, Spitäler oder Therapeuten)?

Bitte legen Sie Kopien von bereits vorliegenden Berichten bei.

2 Medizinische Situation

2.1

Vorgeschichte und Entwicklung der Patientin/des Patienten

2.2

Aktuelle medizinische Symptomatik und Situation

2.3

Aktuelle Medikation (einschl. Dosis)

2.4

Ausführliche objektive Befunde auf Basis Ihrer Untersuchungen

2.5

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit
(Bei psychischen Erkrankungen bitte ICD-10- oder DSM-5-Codes angeben.)
Wann wurden welche Diagnosen gestellt?

2.6

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit
Wann wurden welche Diagnosen gestellt?

2.7

Ihre Prognose zur Arbeitsfähigkeit

2.8

Ihr weiteres Vorgehen / Ihr Behandlungsplan (Therapien, operative Eingriffe, Medikation)

3 Berufliche Situation

3.1

Welche Tätigkeit übt der Patient, die Patientin gegenwärtig aus?

Kann ich nicht beantworten

3.2

Welche Informationen zur beruflichen Situation liegen Ihnen vor?

Keine

3.3

Welche Anforderungen stellt die aktuelle Tätigkeit an Ihre Patientin, Ihren Patienten?

(Zum Beispiel: körperlich streng / wechselbelastend / repetitiv / Führungsfunktion / Schichtarbeit / Teamarbeit / Kundenkontakt. Oder Ähnliches.)

Kann ich nicht beantworten *Falls Sie eine Beschreibung des Arbeitsplatzes haben, legen Sie diese bitte bei.*

3.4

Welche Funktionseinschränkungen bestehen? Wie wirken sie sich auf die bisherige Tätigkeit aus? Bitte beschreiben Sie die Einschränkungen.

Kann ich nicht beantworten

3.5

Hat Ihr Patient, Ihre Patientin Ressourcen, die für eine Eingliederung hilfreich sein können?

(Zum Beispiel: Sprachkenntnisse / Weiterbildungen / Tagesablauf / ehrenamtliche Tätigkeiten / Hobbys / Freizeit / Kontakte zu Freunden / Reisen)

Kann ich nicht beantworten

3.6

Gibt es Zweifel an der Fahreignung?

Welche?

Kann ich nicht beantworten

4 Potenzial für die Eingliederung

4.1

Wie viele Stunden pro Tag ist die bisherige Tätigkeit zumutbar?

Kann ich nicht beantworten

4.2

Wie viele Stunden pro Tag ist eine dem Leiden angepasste Tätigkeit zumutbar?

4.3

Wie ist Ihre Prognose zur Eingliederung?

4.4

Welche Faktoren stehen einer Eingliederung im Wege?

4.5

In welchem Ausmass ist Ihre Patientin, Ihr Patient bei Aufgaben im Haushalt eingeschränkt?
(Zum Beispiel: Haushaltführung / Ernährung / Wohnungspflege / Einkauf / Wäsche / Kinderbetreuung.)

Kann ich nicht beantworten

5 Diverses

Welche Informationen zur beruflichen Situation liegen Ihnen vor?

Vorname, Name, genaue Adresse (Praxis/Abteilung) und Unterschrift des Arztes / der Ärztin
(elektronisches Visum genügt)

Datum

Unterschrift

Beilagen
