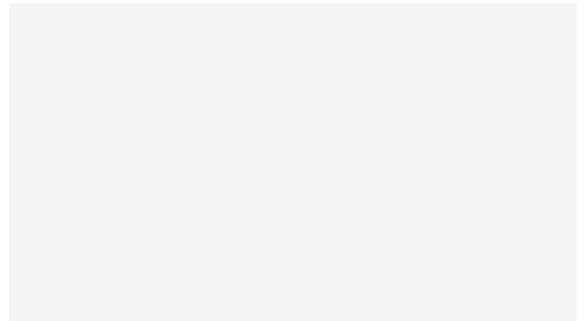
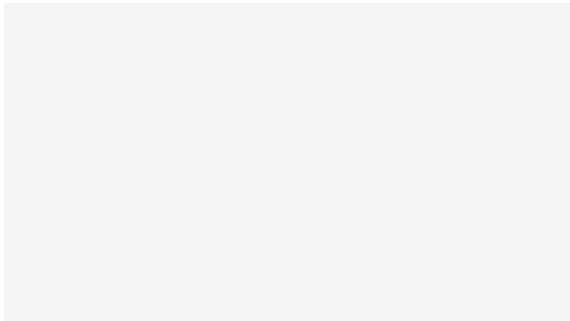


Verlaufsbericht Jugendliche bis zum vollendeten 20. Altersjahr

Kanton auswählen _____



Versicherte Person

Vorname _____
Name _____
Strasse _____
PLZ, Ort _____
Geschlecht _____ Geburtsdatum _____
AHV-Nr. _____

Adresse des Arztes/der Ärztin

Vorname _____
Name _____
Strasse _____
PLZ, Ort _____
Telefon _____
EAN _____
ZSR _____

Datum _____

Unterschrift _____

Verlaufsbericht für Personen bis zum vollendeten 20. Altersjahr für die Zeit ab _____

1. Verlauf, veränderte Befunde, allfällige neue Diagnose (bei Geburtsgebrechen bitte GgV-Ziffer angeben)

2. Behandlungsplan (Beginn/Dauer) und Prognose

3. Wirkt sich der Gesundheitszustand auf den Schulbesuch oder die berufliche Ausbildung aus?

nein ja

Wenn ja: inwiefern? Seit wann?

4. Hat sich der behinderungsbedingte Mehraufwand an Hilfeleistung und persönlicher Überwachung –im Vergleich zu einem Nichtbehinderten gleichen Alters– geändert?

nein ja

Wenn ja: inwiefern? Seit wann?

5. Haben Sie therapeutische Massnahmen in Hauspflege verordnet?

nein ja

Wenn ja: inwiefern? Seit wann?

6. Datum der letzten ärztlichen Kontrolle | _____

7. Bemerkungen

8. Beilagen

Wir bitten Sie, Kopien der Berichte von Spitalern und Spezialärzten/Spezialärztinnen zuhanden unseres ärztlichen Dienstes beizulegen oder diese genau zu bezeichnen, damit wir sie selbst anfordern können. Originalberichte werden nach Einsichtnahme zurückgesandt.
