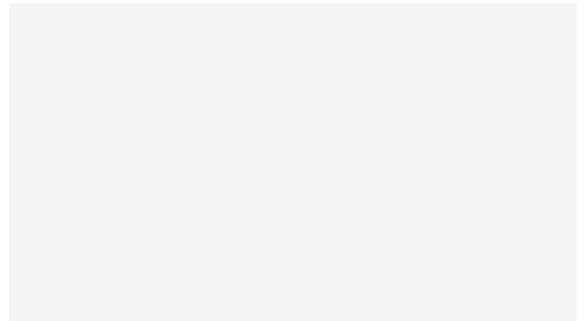
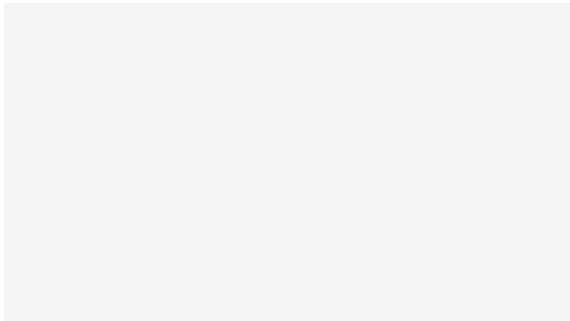


Verlaufsbericht zur Revision der Leistungen bei Erwachsenen

Kanton auswählen _____



Versicherte Person

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

Adresse des Arztes/der Ärztin

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

Datum _____

Unterschrift _____

Verlaufsbericht zur Revision der Leistungen bei Erwachsenen für die Zeit ab _____

1. Gesundheitszustand seither stationär verschlechtert verbessert

2. Änderung der Diagnose? nein ja

Welche haben einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit?

Seit wann und in welchem Ausmass?

3. Verlauf / veränderte Befunde

4. Therapeutische Massnahmen / Prognose

5. Sind neu berufliche Massnahmen angezeigt? nein ja

6. Ist die versicherte Person bei den alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig auf Hilfe von Drittpersonen angewiesen? nein ja

Wenn ja: seit wann? _____

7. Halten Sie eine ergänzende medizinische Abklärung für angezeigt? nein ja

8. Datum der letzten ärztlichen Kontrolle _____

9. Beilagen

Wir bitten sie, neue in der Zwischenzeit eingetroffene Berichte von Spitälern und Spezialärzten/-ärztinnen zuhanden unseres ärztlichen Dienstes beizulegen oder diese genau zu bezeichnen, damit wir sie selbst anfordern können. Originalberichte werden nach Einsichtnahme zurückgesandt.

10. Bemerkungen
