Ärztlicher Verlaufsbericht für Erwachsene

|  |
| --- |
| Seite 1 |
| IV \_102E |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum:      Versicherte Person: Versicherten-Nr.:       Name Versicherte/r:      **Bitte nehmen Sie Stellung für den Zeitraum seit Ihrem letzten Bericht/Ihrer letzten Stellungnahme.****Fragen/Bemerkungen der IV-Stelle:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:**

      **Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:**      | **Bestehend seit wann?**     **Bestehend seit wann?**      |

 |

**B. Verlauf der Arbeitsunfähigkeit seit Ihrer letzten Stellungnahme:**

       % von       bis             % von       bis

       % von       bis             % von       bis

**C. Ärztliche Angaben:**

1. Behandlung vom:       bis:
2. Letzte Untersuchung vom:
3. Anamnese

1. Angegebene Beschwerden

1. Erhobene Befunde

1. Spezialärztliche Untersuchungen

1. Therapeutische Massnahmen / Prognose

**D. Fragen an den Arzt / die Ärztin in Bezug auf die Revision der Leistung:**

Der Gesundheitszustand der versicherten Person ist:

 [ ]  stationär [ ]  besserungsfähig [ ]  sich verschlechternd

Sofern eine berufliche Tätigkeit ausgeübt wird. Kann die Arbeitsfähigkeit in

dieser Tätigkeit durch medizinische Massnahmen verbessert werden? [ ]  Ja [ ]  Nein

Sind berufliche Massnahmen/Eingliederungsmassnahmen zur Herstellung oder

Verbesserung der Erwerbsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit angezeigt? [ ]  Ja [ ]  Nein

Benötigt die versicherte Person Hilfsmittel oder ist sie bei den alltäglichen

Lebensverrichtungen auf Hilfe von Drittpersonen angewiesen? [ ]  Ja [ ]  Nein

 Wenn ja, seit wann?

Halten Sie eine ergänzende medizinische Abklärung für angezeigt? [ ]  Ja [ ]  Nein

##  E. Beilagen

Wir bitten Sie, neue in der Zwischenzeit eigetroffene Berichte von Spitälern und Spezialärzten / Spezialärztinnen zuhanden unseres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) beizulegen oder diese genau zu bezeichnen, damit wir sie selbst anfordern können. Originalberichte werden nach Einsichtnahme zurückgesandt.

Datum Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin