|  |
| --- |
| Liechtensteinische AHV-IV-FAKInvalidenversicherungGerberweg 29490 Vaduz |

**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. Für die rasche Prüfung benötigt die IV-Stelle Ihre kompetente Unterstützung.

Wir bitten Sie deshalb, den beiliegenden Arztbericht zu beantworten, soweit Ihnen dies von Ihrem Fachgebiet und Ihrem Patientendossier her möglich ist. Wenn deswegen einzelne Punkte offengelassen werden, haben wir durchaus Verständnis.

Sie können diesen Fragebogen auch auf unserer Website herunterladen.

([www.ahv.li/online-schalter/formulare/formulare-iv/](http://www.ahv.li/online-schalter/formulare/formulare-iv/))

Bitte füllen Sie den Verlaufsbericht elektronisch oder mit Schreibmaschine aus und senden Sie ihn danach bitte so rasch als möglich zurück. Das Ausfüllen dieses Formulars können Sie uns nach Tarmed verrechnen.

Freundliche Grüsse

Liechtensteinische AHV-IV-FAK

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Versicherte Person (Vorname, Name)      | Geburtsdatum      | Versichertennummer       |

**Arztbericht** für die Beurteilung des Anspruches von Erwachsenen auf

[ ]  Massnahmen für die berufliche Eingliederung

[ ]  Rente

Ergänzende Fragen

|  |
| --- |
|       |

[ ]  Antwort auf ergänzende Fragen

|  |
| --- |
|       |

**1. Bericht**

* 1.1

**Ursache der Arbeitsunfähigkeit**

[ ]  Krankheit [ ]  Unfall [ ]  Mutterschaft [ ]  unklar

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Bestehend seit wann?

Bei psychiatrischen Erkrankungen bitte ICD- oder DSM-IV-Codes angeben

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Bestehend seit wann?

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |

* 1.2

Ambulante Behandlung durch Sie

Vom bis

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |

Datum der letzten Kontrolle

|  |
| --- |
|       |

Vor Ihnen durch seit

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |

Nach Ihnen durch seit

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |

* 1.3

Stationäre Behandlung/Kur

Wo?

|  |
| --- |
|       |

Eintrittstag Entlassungstag

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |

* 1.4

Anamnese (chronologischer Verlauf, bisherige Therapie, aktuelle Symptome)

|  |
| --- |
|       |

Ärztlicher Befund

|  |
| --- |
|       |

Prognose

|  |
| --- |
|       |

* 1.5

Art und Umfang der gegenwärtigen Behandlung

|  |
| --- |
|       |

Aktuelle Medikation (einschl. Dosis)?

[ ]  keine

Welche?

|  |
| --- |
|       |

Empfehlungen für die zukünftige Therapie

|  |
| --- |
|       |

* 1.6

Medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20% für zuletzt ausgeübte Tätigkeit als:

Beruf

|  |
| --- |
|       |

% von bis

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

* 1.7

Fragen zur bisherigen Tätigkeit

Welche körperlichen, geistigen, psychischen Einschränkungen bestehen?

|  |
| --- |
|       |

Wie wirken sie sich bei der Arbeit aus?

|  |
| --- |
|       |

Ist die bisherige Tätigkeit aus medizinischer Sicht noch zumutbar?

[ ]  ja [ ]  nein

Weshalb kann die bisherige Tätigkeit aus medizinischer Sicht nicht mehr ausgeübt werden (Funktionsausfälle)?

|  |
| --- |
|       |

In welchem zeitlichen Rahmen?

|  |
| --- |
|       |

Besteht dabei eine verminderte Leistungsfähigkeit?

|  |
| --- |
|       |

[ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, warum, in welchem Ausmass?

|  |
| --- |
|       |

In welchem Umfang (Stunden pro Tag) und seit wann ist eine behinderungsangepasste Tätigkeit, mit welchem Belastungsprofil möglich?

|  |
| --- |
|       |

* 1.8

Fragen zu möglichen Eingliederungsmassnahmen

Lassen sich die Einschränkungen durch medizinische Massnahmen vermindern?

[ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, mit welchen?

|  |
| --- |
|       |

Wie wirken sich diese Massnahmen auf die Arbeitsfähigkeit aus?

|  |
| --- |
|       |

Was ist aus medizinischer Sicht bei der beruflichen Eingliederung zu beachten?

|  |
| --- |
|       |

* 1.9

Kann mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. Erhöhung der Einsatzfähigkeit gerechnet werden?

[ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, ab wann und in welchem Umfang?

% ab

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |

Gibt es Gründe, die gegen einen sofortigen Beginn der Wiedereingliederung sprechen?

[ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, welche?

|  |
| --- |
|       |

* 1.10

Kontakt mit anderen Versicherungen (IV/Unfall/andere)?

[ ]  ja [ ]  nein

Wann?

|  |
| --- |
|       |

[ ]  IV [ ]  Unfall [ ]  andere

Welche

|  |
| --- |
|       |

* 1.11

Zusatzinformationen, Ergänzungen und Vorschläge

|  |
| --- |
|       |

2. Unterschrift

Vorname, Name, Datum und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

|  |
| --- |
|       |

Genaue Adresse (Praxis/Abteilung)

|  |
| --- |
|       |

3. Beilagen

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

|  |
| --- |
|       |

**Welche Arbeiten sind der versicherten Person unter Berücksichtigung ihrer gesundheitlichen Einschränkungen in behinderungsangepasster Tätigkeit noch zumutbar?**

Bitte unterteilen Sie in Aktivitäten/Zeitumfang/Leistung (Rendement).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ja | nein | In welchem zeitlichen Rahmen zumutbar? | In welcher Leistung? |
|  |  |  | ganztags ja/nein | Falls nicht ganztags zumutbar, Anzahl zumutbare Stunden pro Tag angeben | Angaben in % |
| rein „sitzende“ Tätigkeiten | [ ]  | [ ]  |       |       |       |
| rein „stehende“ Tätigkeiten | [ ]  | [ ]  |       |       |       |
| wechselbelastende Tätigkeiten | [ ]  | [ ]  |       |       |       |
| vorwiegend im Gehen ausgeübte Tätigkeiten (unebenes Gelände?) | [ ]  | [ ]  |       |       |       |
| Bücken | [ ]  | [ ]  |       |       |       |
| Über-Kopf-Arbeiten | [ ]  | [ ]  |       |       |       |
| Kauern | [ ]  | [ ]  |       |       |       |
| Knien | [ ]  | [ ]  |       |       |       |
| Rotation im Sitzen/Stehen | [ ]  | [ ]  |       |       |       |
| Heben/Tragen (körpernah/-fern?) | [ ]  | [ ]  |       |       |       |
| auf Leitern/Gerüste steigen | [ ]  | [ ]  |       |       |       |
| Treppen steigen | [ ]  | [ ]  |       |       |       |
| Anderes (z. B. Beidhändigkeit eingeschränkt) | [ ]  | [ ]  |       |       |       |
| Heben/Tragen (körpernah/-fern?) | [ ]  | [ ]  | Gewichtslimite :       |
| Konzentrationsvermögen | [ ]  uneingeschränkt | [ ]  eingeschränkt; Art:       |
| Auffassungsvermögen | [ ] uneingeschränkt | [ ]  eingeschränkt; Art:       |
| Anpassungsfähigkeit | [ ]  uneingeschränkt | [ ]  eingeschränkt; Art:       |
| Belastbarkeit | [ ]  uneingeschränkt | [ ]  eingeschränkt; Art:       |

Seit wann gelten die Angaben?

|  |
| --- |
|       |

Gibt es spezielle Punkte, die zu berücksichtigen sind (bspw. schrittweise Steigerung der Arbeitsfähigkeit, ruhiger Arbeitsplatz)?

|  |
| --- |
|       |

Wenn keine andere Tätigkeiten mehr möglich sind, wie lässt sich dies begründen?

|  |
| --- |
|       |

Sind unterstützende Hilfsmittel angezeigt?

[ ]  ja [ ]  nein

|  |
| --- |
|       |

4. Unterschrift

Unterschrift

Vorname, Name, Datum und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

|  |
| --- |
|       |

Genaue Adresse (Praxis/Abteilung)

|  |
| --- |
|       |