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

Vers.-Nr.

Geb.

**Beiblatt zum Arztbericht**

**Für die Beurteilung der Eingliederungsfähigkeit und des Rentenanspruches bitten wir Sie um Stellungnahme:**

**1. Fragen zur bisherigen Tätigkeit**

1.1 Wie wirkt sich die gesundheitliche Störung bei der bisherigen Tätigkeit aus?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1.2. Ist die bisherige Tätigkeit noch zumutbar? Wenn ja, in welchem  zeitlichen Rahmen (Stunden pro Tag)?      |  [ ] Ja |  [ ] Nein |
| 1.3. Besteht dabei eine verminderte Leistungsfähigkeit?  Wenn ja, in welchem Ausmass?      |  [ ] Ja |  [ ] Nein |

**2. Fragen zu möglichen Eingliederungsmassnahmen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2.1. Kann die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz bzw im bisherigen Tätigkeitsbereich verbessert werden?      |   [ ] Ja |   [ ] Nein |

|  |
| --- |
| 2.1.1. Wenn ja, mit welchen zumutbaren Massnahmen (z.B. medizinische Massnahmen, Hilfsmittel, Umgestaltung des Arbeitsplatzes, etc.)?     Wie wirken sich diese Massnahmen auf die Arbeitsfähigkeit aus?      |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2.2. Sind der versicherten Person andere Tätigkeiten zumutbar?2.2.1. Wenn ja, welcher Art könnten diese Tätigkeiten sein?Was wäre dabei besonders zu beachten?ln welchem zeitlichen Rahmen sind diese Tätigkeiten zumutbar (Stunden pro Tag)?      |   [ ] Ja |   [ ] Nein |
| 2.2.2. Besteht in diesem zeitlichen Rahmen eine verminderte Leistungsfähigkeit?Wenn ja, in welchem Ausmass?      |   [ ] Ja |   [ ] Nein |
| 2.2.3. Zusatzfrage bei Teilerwerbsfähigkeit: Ist die von Ihnen attestierte Arbeitsfähigkeit realisierbar- ganztags mit reduzierter Leistung?- in Teilzeit mit voller Leistung?      |   [ ] Ja |   [ ] Nein |
| 2.2.4. Wenn keine anderen Tätigkeiten mehr zumutbar sind, wielässt sich dies begründen?      |  |  |

3. Vorschläge, weitere Fragen

Datum Stempel und Unterschrift des Arztes *I* der Ärztin