|  |
| --- |
| Liechtensteinische AHV-IV-FAK  Invalidenversicherung  Gerberweg 2  9490 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, wie lässt sich dies begründen? |  |  |

3. Vorschläge, weitere Fragen

Datum Stempel und Unterschrift des Arztes *I* der Ärztin