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

**IV-Abklärung: Hilfsmittel**

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 Fragebogen 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 Fragebogen elektronisch oder mit Schreibmaschine aus und senden Sie ihn danach bitte so rasch als möglich zurück. Für das Ausfüllen dieses Formulars können Sie wie bisher nach IV-Tarif / Tarmed abrechnen.

Freundliche Grüsse

Liechtensteinische AHV-IV-FAK

Arztbericht

Beurteilung des Anspruches von Erwachsenen auf Hilfsmittel

|  |
| --- |
|        |

Ergänzende Fragen

|  |
| --- |
|        |

[ ] Bitte beantworten Sie auch die zusätzlichen Fragen auf dem Beiblatt

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

1. Diagnosen

 Bestehend seit wann?

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

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

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

1. Ärztliche Angaben
* 2.1

Letzte Untersuchung vom

|  |
| --- |
|        |

* 2.2

Anamnese (chronologischer Verlauf, bisherige Therapie, aktuelle Symptome)

|  |
| --- |
|        |

|  |
| --- |
|        |

|  |
| --- |
|        |

|  |
| --- |
|        |

|  |
| --- |
|        |

* 2.3

Ärztlicher Befund

|  |
| --- |
|         |

|  |
| --- |
|        |

|  |
| --- |
|        |

|  |
| --- |
|        |

* 2.4

Prognose

|  |
| --- |
|        |

|  |
| --- |
|        |

|  |
| --- |
|        |

|  |
| --- |
|        |

1. Unterschrift

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

|  |
| --- |
|        |

Genaue Adresse (Praxis/Abteilung)

|  |
| --- |
|        |

1. 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.**

|  |
| --- |
|        |

|  |
| --- |
|        |