**Arztbericht: Berufliche Integration/Rente**

Personalien

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name, Vorname der versicherten Person | Geburtsdatum | AHV-Nummer |
| Name, Vorname des Arztes der Ärztin / des Spitals inkl. Abteilung | | |

Guten Tag

Ihre Patientin, Ihr Patient hat gesundheitliche Einschränkungen, die zu einer IV‑Anmeldung führten. Um den Fall im Interesse der versicherten Person schnellstmöglich prüfen zu können, benötigen wir einen Arztbericht.

**Im Interesse der versicherten Person bzw. des Patienten/der Patientin bitten wir deshalb um eine umgehende Bearbeitung.**

**Bitte beachten Sie folgende Punkte beim Erstellen des Arztberichts:**

1. **Ein besonderes Augenmerk gilt der beruflichen Wiedereingliederung oder Neuausrichtung.** Wirbitten Sie um genaue Informationen zum bisherigen Tätigkeitsbereich der versicherten Person. Jede Tätigkeit besteht meistens aus mehreren Arbeitsfeldern/ Arbeitsbereichen, bitte beschreiben Sie die medizinisch-objektiven Funktionseinschränkungen inkl. intellektueller Anforderung möglichst genau. Können interne Anpassungen (Abteilungswechsel, andere Arbeit innerhalb der gleichen Firma) beim bisherigen (letzten) Arbeitgeber vorgenommen werden?
2. **Falls derzeit keine Tätigkeiten zumutbar sind, bitten wir Sie um eine Einschätzung, wann mit einer Wiedereingliederung begonnen werden kann.** Wichtig ist dabei auch, in welchen Schritten eine Steigerung (in % Arbeitsfähigkeit) möglich wäre.

* Legen Sie bitte Kopien von bereits vorliegenden Arztberichten bei.

Diesen Arztbericht kann gegenüber der Invalidenversicherung gemäss TARMED Abgerechnet werden.

Wir danken Ihnen im Voraus.

Freundliche Grüsse

**1 Allgemeine Angaben**

**1.1**

Die ambulante / stationäre Behandlung durch Sie erfolgte

von bis

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

Datum der letzten Konsultation

|  |
| --- |
|  |

Frühere Konsultationen erfolgten durch

|  |
| --- |
|  |

Spätere Konsultationen erfolgen / erfolgten durch

|  |
| --- |
|  |

**1.2**

Wie oft ist der Patient / die Patientin gegenwärtig in Behandlung?

|  |
| --- |
|  |

**1.3**

Wie sieht der Verlauf der bisher attestierten Arbeitsunfähigkeit aus (in Prozent)?

% von bis Grund\* (M / U / K)

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

\*Grund: M = Mutterschaft / U = Unfall / K = Krankheit

Für welche Tätigkeiten haben Sie die Arbeitsunfähigkeit(en) attestiert?

|  |
| --- |
|  |

**1.4**

Gibt / Gab es weitere Behandler (Spezialärzte, Spitäler, Klinikaufenthalte, Therapeuten, etc.)?

Wenn ja, Name und Adresse angeben.

|  |
| --- |
|  |

**Bitte legen Sie Kopien von bereits vorliegenden Berichten bei.**

**2 Medizinische Situation**

**2.1**

Vorgeschichte und Entwicklung des Patienten / der Patientin

|  |
| --- |
|  |

**2.2**

Aktuelle medizinische Symptomatik und Situation

|  |
| --- |
|  |

**2.3**

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Datum Diagnosestellung

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

(Bei psychischen Erkrankungen bitte ICD-10- oder DSM-5-Codes angeben.)

**2.4**

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Datum Diagnosestellung

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

(Bei psychischen Erkrankungen bitte ICD-10- oder DSM-5-Codes angeben.)

**2.5**

Aktuelle Medikation (einschliesslich Dosis)

|  |
| --- |
|  |

**2.6**

Ausführliche objektive Befunde auf Basis Ihrer Untersuchungen

|  |
| --- |
|  |

**2.7**

Ihre Prognose zur Arbeitsfähigkeit

|  |
| --- |
|  |

**2.8**

Ihr weiteres Vorgehen / Ihr Behandlungsplan (Therapien, operative Eingriffe, Medikation, etc.)

|  |
| --- |
|  |

**3 Berufliche Situation**

**3.1**

Welche Tätigkeit übt der Patient / die Patientin gegenwärtig (zuletzt) aus?

|  |
| --- |
|  |

Kann ich nicht beantworten

**3.2**

Welche Informationen zur beruflichen Situation (letzte Tätigkeit) liegen Ihnen vor?

|  |
| --- |
|  |

Keine

**3.3**

Welche Anforderungen stellt die aktuelle (letzte) Tätigkeit an Ihren Patient / Ihre Patientin?   
(Zum Beispiel: körperlich streng / wechselbelastend / repetitiv / Führungsfunktion / Schichtarbeit /   
Teamarbeit / Kundenkontakt / etc.)

|  |
| --- |
|  |

Kann ich nicht beantworten

Falls Sie eine Beschreibung des Arbeitsplatzes haben, legen Sie diese bitte bei.

**3.4**

Welche Funktionseinschränkungen bestehen? Wie wirken sie sich auf die bisherige (letzte) Tätigkeit aus?

Bitte beschreiben Sie die Einschränkungen.

|  |
| --- |
|  |

Kann ich nicht beantworten

**3.5**

Hat Ihr Patient / Ihre Patientin Ressourcen, die für eine Eingliederung hilfreich sein können?

(Zum Beispiel: Sprachkenntnisse / Weiterbildungen / Tagesablauf / ehrenamtliche Tätigkeiten / Hobbys / Freizeit / Kontakte zu Freunden / Reisen)

|  |
| --- |
|  |

Kann ich nicht beantworten

**3.6**

Gibt es Zweifel an der Fahreignung?  
Welche?

|  |
| --- |
|  |

Kann ich nicht beantworten

**4 Potential für die Eingliederung**

**4.1**

In welchem Pensum ist die bisherige (letzte) Tätigkeit zumutbar? (ausgehend von 100%)

|  |
| --- |
|  |

Kann ich nicht beantworten

**4.2**

In welchem Pensum ist eine dem Leiden angepasste Tätigkeit zumutbar? (ausgehend von 100%)

|  |
| --- |
|  |

**4.3**

Welche Merkmale müsste eine dem Leiden angepasste Tätigkeit aufweisen?

|  |
| --- |
|  |

**4.4**

Wie ist Ihre Prognose zur Eingliederung?

|  |
| --- |
|  |

**4.5**

Welche Faktoren stehen einer Eingliederung im Wege?

|  |
| --- |
|  |

**4.6**

Bei Teilzeitpensum: In welchem Ausmass ist Ihr Patient / Ihre Patientin bei Aufgaben im Haushalt eingeschränkt? (Zum Beispiel: Ernährung, Wohnungs- und Hauspflege, Einkauf, weitere Besorgungen, Wäsche- und Kleiderpflege, Pflege und Betreuung von Kindern und/oder Angehörigen.)

|  |
| --- |
|  |

Kann ich nicht beantworten

**5 Diverses**

Was wäre für die Beurteilung des Falles ausserdem wichtig? Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

|  |
| --- |
|  |

**6 Ergänzende Fragen**

Fragen der IV

|  |
| --- |
|  |

Antwort

|  |
| --- |
|  |

**7 Beilagen**

Folgende Berichte werden dem Arztbericht beigelegt

|  |
| --- |
|  |

**8 Visum**

Datum

|  |
| --- |
|  |

Vorname, Name, genaue Adresse (Praxis/Abteilung) sowie Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin (elektronisches Visum genügt)

|  |
| --- |
|  |