|  |
| --- |
| Liechtensteinische AHV-IV-FAK  Invalidenversicherung  Gerberweg 2  9490 Vaduz |

**IV-Abklärung:**

**Bitte Verlaufsbericht 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 Verlaufsbericht 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 den Arztbericht auch auf unserer Website herunterladen.

Bitte füllen Sie den Verlaufsbericht 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 Tarmed abrechnen.

Freundliche Grüsse

Liechtensteinische AHV-IV-FAK

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

**Verlaufsbericht zur Aktualisierung des Dossiers bei Erwachsenen für die Zeit ab** **x--DATUM--x**

Bitte mit Schreibmaschine oder PC ausfüllen und innert 30 Tagen an die IV-Stelle zurücksenden.

1. Gesundheitszustand seither: stationär verschlechtert verbessert

2. Änderung der Diagnose? Ja Nein

Welche haben einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit? Seit wann und in welchem Ausmass?

3. Verlauf / veränderte Befunde:

4. AUF-Verlauf seit letzter Berichterstattung:

5. Therapeutische Massnahmen / Prognose:

6. Datum der letzten ärztlichen Kontrolle:

7. Beilagen

Wir bitten Sie, neue in der Zwischenzeit eingetroffene 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.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort und Datum Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

und/oder Angaben des Spitals

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bei Spitälern/Gemeinschaftspraxen bitte Name des Arztes/Ärztin

angeben, genaue Anschrift/Abteilung (sofern nicht aus

dem Stempel ersichtlich)

**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