|  |
| --- |
| Liechtensteinische AHV-IV-FAKInvalidenversicherungGerberweg 29490 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 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 Verlaufsbericht elektronisch oder mit Schreibmaschine aus und senden Sie ihn danach bitte so rasch als möglich zurück. Das Ausfüllen dieses Formulars können Sie uns nach Tarmed verrechnen.

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)