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

**IV-Abklärung für Versicherte vor dem 20. Altersjahr:**

**Bitte Arztbericht 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 Arztbericht 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 Webseite herunterladen ([www.ahv.li/online-schalter/formulare/formulare-iv/](http://www.ahv.li/online-schalter/formulare/formulare-iv/)). Wir bitten Sie, eventuelle Zusatzfragen auf dem Beiblatt ebenfalls zu beantworten.

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

Arztbericht

Arztbericht für die Beurteilung des Anspruches für Versicherte vor dem 20. Altersjahr auf

medizinische Massnahmen  Hilfsmittel

Massnahmen der beruflichen Eingliederung

Ergänzende Fragen

|  |
| --- |
|  |

Antwort auf ergänzende Fragen

|  |
| --- |
|  |

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

1. Diagnosen

* 1.1

Diagnosen

Bei psychiatrischen Erkrankungen bitte ICD 10- oder DSM-IV-Codes angeben

Erstmals gestellt am:

|  |
| --- |
|  |

* 1.2

Wirkt sich der Gesundheitszustand auf den Schulbesuch oder die berufliche Ausbildung aus?

ja  nein

Wenn ja, wie?

Seit wann?

|  |
| --- |
|  |

* 1.3

Liegen ein oder mehrere Geburtsgebrechen gemäss GgV vor?

ja  nein

Wenn ja, Ziffer(n)

|  |
| --- |
|  |

* 1.4

Der Gesundheitszustand der versicherten Person ist

gleich bleibend  besserungsfähig  sich verschlechternd

* 1.5

Kann durch medizinische Massnahmen die Möglichkeit einer späteren Eingliederung ins Erwerbsleben wesentlich verbessert werden?

ja  nein

* 1.6

Benötigt die versicherte Person Behandlung/Therapie?

ja  nein

Wenn ja, welche?

|  |
| --- |
|  |

* 1.7

Benötigt die versicherte Person Behandlungsgeräte oder Hilfsmittel?

ja  nein

Wenn ja, welche?

|  |
| --- |
|  |

* 1.8

Besteht ein behinderungsbedingter Mehraufwand an Hilfeleistung oder persönlicher Überwachung im Vergleich zu einem Nichtbehinderten gleichen Alters?

ja  nein

Wenn ja, seit wann?

|  |
| --- |
|  |

2. Ärztliche Angaben

* 2.1

Behandlung vom bis

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

* 2.2

Letzte Untersuchung vom

|  |
| --- |
|  |

* 2.3

Anamnese (chronologischer Verlauf, bisherige Therapie, aktuelle Symptome)

|  |
| --- |
|  |

* 2.4

Ärztlicher Befund

|  |
| --- |
|  |

* 2.5

Prognose

|  |
| --- |
|  |

* 2.6

Spezialärztliche Untersuchungen

|  |
| --- |
|  |

* 2.7

Behandlungsplan (Beginn/Dauer)

|  |
| --- |
|  |

* 2.8

Haben Sie therapeutische Massnahmen in Hauspflege verordnet?

ja  nein

Wenn ja, welche, wie oft und wie lange, durch wen?

|  |
| --- |
|  |

3. Unterschrift

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

|  |
| --- |
|  |

Genaue Adresse (Praxis/Abteilung)

|  |
| --- |
|  |

4. 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.

|  |
| --- |
|  |