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

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

**Verlaufsbericht für Personen bis zum vollendeten 20. Altersjahr für die Zeit ab** **x--DATUM--x**

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

[ ] Beantworten Sie bitte auch die zusätzlichen Fragen mit dem Beiblatt.

1. Verlauf, veränderte Befunde, allfällige neue Diagnosen (bei Geburtsgebrechen bitte GgV-Ziffer angeben)

2. Behandlungsplan (Beginn / Dauer) / Prognose:

3. Wirkt sich der Gesundheitszustand auf den Schulbesuch oder die berufliche [ ]  Ja [ ]  Nein

Ausbildung aus?

Wenn ja, seit wann?

4. Hat sich der behinderungsbedingte Mehraufwand an Hilfeleistung und [ ]  Ja [ ]  Nein

Persönlicher Überwachung – im Vergleich zu einem Nichtbehinderten gleichen

Alters geändert?

Wenn ja, seit wann?

5. Haben Sie therapeutische Massnahmen in Hauspflege verordnet? [ ]  Ja [ ]  Nein

Wenn ja: Welche? Wie oft und wie lange, durch wen? Seit wann?

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.

Datum Stempel und Unterschrift des Arztes / Ärztin