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