Verlaufsbericht zur Revision der Leistungen bei Erwachsenen

Ihre Adresse

|  |
| --- |
| <KON\_IVS\_AdrZTelFaxOez> |
| IV\_1410 |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Zuständig: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Direktwahl: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Versicherten-Nr: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |
| --- |
|  |
| Versicherte Person | Name und Adresse der Versicherten Person |
|  |  |
| Verlaufsbericht zur Revision der Leistungen bei Erwachsenen für die Zeit ab: Datum |
|  |  |
| Fragen/Bemerkungen: | **Bemerkungen** |
|  |
| Beilagen | Beilagen |
|  |

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

1. Gesundheitszustand seither: [ ]  stationär [ ]  verschlechtert [ ]  verbessert
2. Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit?

Bestehend seit wann und in welchem Ausmass?

1. Verlauf / veränderte Befunde:

1. Therapeutische Massnahmen / Prognose:

1. Sind neu Wiedereingliederungsmassnahmen angezeigt ? [ ]  Ja [ ]  Nein
2. Ist die versicherte Person bei den alltäglichen Lebensverrichtungen
regelmässig auf Hilfe von Drittpersonen angewiesen ? [ ]  Ja [ ]  Nein

Wenn ja, seit wann?

1. Halten Sie eine ergänzende medizinische Abklärung für angezeigt ? [ ]  Ja [ ]  Nein
2. Datum der letzten ärztlichen Kontrolle:
3. **Beilagen**

Wir bitten Sie, Berichte von Spitälern und Spezialärzten / Spezialärztinnen zuhanden unseres ärztlichen Dienstes beizulegen. Originalberichte werden nach Einsichtnahme zurückgesandt.

**Bemerkungen**

**a) Wir verfügen über eine aktuelle rechtsgültige unterzeichnete Befreiung von der Schweigepflicht für alle ärztlichen Stellen.**

**b) Wir besitzen auch eine Befreiung von der Schweigepflicht Ihnen gegenüber und sind in der Folge legitimiert Ihnen mitzuteilen, dass die oben erwähnte versicherte Person bei uns angemeldet ist, und die bereits vorhandenen med. Akten uns zur Kenntnis gebracht werden dürfen.**

Datum Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin