Arztbericht für Erwachsene
Verlauf

Ihre Anschrift

Datum:
Zuständig:
Direktwahl:
Versicherten-Nr:

Versicherter:

Beruf:

Beantragte Leistungen:

Fragen/Bemerkungen:

Bitte nehmen Sie Stellung zum Zeitraum seit Ihrem letzten Bericht.

Bitte mit Schreibmaschine oder PC (Download auf www.ivbs.ch) ausfüllen und innert 30 Tagen zurücksenden.

A. Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:	**Bestehend seit wann?**
Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:	**Bestehend seit wann?**

B. Medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20% für zuletzt ausgeübte Tätigkeit als: ..... (Beruf angeben)

..... % von ..... bis .... % von ..... bis

..... % von ..... bis .... % von ..... bis

..... % von ..... bis .... % von ..... bis

..... % von ..... bis .... % von ..... bis

C. Ärztliche Angaben:

1. Behandlung vom: bis:
2. Letzte Untersuchung vom:
3. Anamnese:
4. Angegebene Beschwerden:
5. Erhobene Befunde:
6. Spezialärztliche Untersuchungen:
7. Therapeutische Massnahmen / Prognose

D. Fragen an den Arzt/die Ärztin:

1. Der Gesundheitszustand der versicherten Person ist:

◯ stationär ◯ besserungsfähig ◯ sich verschlechternd

2. Sofern eine Berufstätigkeit ausgeübt wird, kann die Arbeitsfähigkeit in dieser Funktion durch medizinische Massnahmen verbessert werden? ◯ Ja ◯ Nein
3. Sind Eingliederungsmassnahmen zur Herstellung oder Verbesserung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit angezeigt? ◯ Ja ◯ Nein
4. Benötigt die versicherte Person Hilfsmittel? ◯ Ja ◯ Nein
5. Ist die versicherte Person bei den alltäglichen Lebensverrichtungen auf Hilfe von Drittpersonen angewiesen? ◯ Ja ◯ Nein

   Wenn ja, seit wann?
6. Halten Sie eine ergänzende medizinische Abklärung für angezeigt? ◯ Ja ◯ Nein

Bemerkungen des Arztes/der Ärztin:

E. Beilagen

Wir bitten Sie, in der Zwischenzeit erhaltene Berichte von Spitälern und Spezialärzten/Spezialärztinnen beizulegen.

Hinweis:

Wir verfügen über eine aktuelle, rechtsgültig unterzeichnete Befreiung von der Schweigepflicht für alle ärztlichen Stellen.
Wir besitzen auch eine Befreiung von der Schweigepflicht Ihnen gegenüber und sind deshalb legitimiert Ihnen mitzuteilen, dass die erwähnte versicherte Person bei uns angemeldet ist, und Sie uns alle medizinischen Informationen zu Ihrem Patienten/Ihrer Patientin mitteilen dürfen.

Datum Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin