## Beiblatt zum Arztbericht Revision der Leistungen für Erwachsene vom

Empfänger:

Versicherter:

Tätigkeit:

**Für die Beurteilung der Eingliederungsfähigkeit und des Rentenanspruches bitten wir Sie um Stellungnahme:**

**A. Fragen zur bisherigen Tätigkeit**

1. Wie wirkt sich die gesundheitliche Störung bei der bisherigen Tätigkeit aus?

2. Ist die bisherige Tätigkeit noch zumutbar? ☐ Ja ☐ Nein
   Wenn ja, in welchem zeitlichen Rahmen (Stunden pro Tag)?

3. Besteht dabei eine verminderte Leistungsfähigkeit? ☐ Ja ☐ Nein
   Wenn ja, in welchem Ausmass?

**B. Fragen zu möglichen Eingliederungsmassnahmen**

1. Kann die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz bzw. im bisherigen Tätigkeitsbereich verbessert werden? ☐ Ja ☐ Nein

1.1. Wenn ja, mit welchen zumutbaren Massnahmen (z.B. medizinische Massnahmen, Hilfsmittel, Umgestaltung des Arbeitsplatzes, etc.)?

1.2. Wie wirken sich diese Massnahmen auf die Arbeitsfähigkeit aus?

2. Sind der versicherten Person andere Tätigkeiten zumutbar? ☐ Ja ☐ Nein

2.1. Wenn ja, welcher Art könnten diese Tätigkeiten sein?

- Was wäre dabei besonders zu beachten?

- In welchem zeitlichen Rahmen sind diese Tätigkeiten zumutbar (Stunden pro Tag)?

2.2. Besteht in diesem zeitlichen Rahmen eine verminderte Leistungsfähigkeit? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, in welchem Ausmass?

2.3. Wenn keine anderen Tätigkeiten mehr zumutbar sind, wie lässt sich dies begründen?

**C. Vorschläge, weitere Fragen**