Psychotherapeutischer Bericht

Zur Revision der Leistungen

Ihre Adresse

Datum:
Zuständig:
Direktwahl:
Versicherten-Nr:

Versicherte Person:

Verlaufsbericht zur Revision der Leistungen bei Erwachsenen für die Zeit ab:

Fragen/Bemerkungen:

Beilagen

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

---

1. Gesundheitszustand seither: ☐ stationär ☐ verschlechtert ☐ verbessert
2. Änderungen der Diagnose? ☐ Ja ☐ Nein

Welche haben einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit?

Seit wann und in welchem Ausmass?

3. Verlauf / veränderte Befunde:

4. Therapeutische Massnahmen / Prognose:

5. Sind neu Wiedereingliederungsmassnahmen angezeigt? ☐ Ja ☐ Nein
6. Ist die versicherte Person bei den alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig auf Hilfe von Drittpersonen angewiesen? ☐ Ja ☐ Nein
   Wenn ja, seit wann?
7. Halten Sie eine ergänzende psychologische Abklärung für nötig? ☐ Ja ☐ Nein
8. Datum des letzten Gesprächs:
9. Werden die vereinbarten Termine regelmässig wahrgenommen? ☐ Ja ☐ Nein
   Wenn nein, warum nicht?
10. In welcher Frequenz finden die Gespräche statt?

11. 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, rechtsgültig unterzeichnete Befreiung von der Schweigepflicht für alle ärztlichen Stellen.

b) Wir besitzen auch eine Befreiung von der Schweigepflicht Ihnen gegenüber und sind deshalb legitimiert Ihnen mitzuteilen, dass die oben erwähnte versicherte Person bei uns angemeldet ist und Sie uns alle vorhandenen medizinischen Akten zustellen dürfen.

Datum Stempel und Unterschrift