Psychotherapeutischer Bericht
Berufliche Integration/Rente

Ihre Adresse

Datum:
Zuständig:
Direktwahl:
Versicherten-Nr:

versicherte Person

Guten Tag

Ihre Patientin bzw. Ihr Patient hat gesundheitliche Einschränkungen, die zu einer IV-Anmeldung führten. Für die rasche Prüfung des Leistungsanspruchs und der geeigneten Eingliederungsmöglichkeiten benötigen wir Ihre kompetente Unterstützung.

Wir bitten Sie, das beiliegende Berichtsformular auszufüllen, soweit Ihnen dies von Ihrem Fachgebiet und Ihrem Patientendossier her möglich ist. Wenn einzelne Punkte offengelassen werden, haben wir durchaus Verständnis.

Sie können das Formular auch auf unserer Website herunterladen. Bitte vergessen Sie aber nicht, eventuelle Zusatzfragen auf dem Beiblatt ebenfalls zu beantworten.

Bitte füllen Sie das Berichtsformular elektronisch oder mit Schreibmaschine aus und senden Sie es bitte so rasch wie möglich zurück. Für die Abrechnung können Sie das beiliegende Rechnungsformular verwenden.

Wir möchten darauf hinweisen, dass wir über eine aktuelle, rechtsgültig unterzeichnete Befreiung von der Schweigepflicht für alle medizinischen Fachstellen verfügen. Wir sind deshalb legitimiert, Informationen einzuholen und alle vorhandenen medizinischen Akten einzusehen. Wir besitzen auch eine Befreiung von der Schweigepflicht Ihnen gegenüber, was uns berechtigt Sie über die erfolgte IV-Anmeldung zu informieren.

Vielen Dank und freundliche Grüsse.

Beilagen

Psychotherapeutischer Bericht

für die Beurteilung des Anspruches von Erwachsenen auf

Beantragte Leistung

Ergänzende Fragen:

unsere Fragen/Bemerkungen

Beruf:

1. Bericht

> 1.1

Ursache der Arbeitsunfähigkeit

☐ Krankheit ☐ Unfall ☐ Mutterschaft ☐ unklar

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit
Bei psychiatrischen Erkrankungen bitte ICD 10- oder DSM-IV-Codes angeben
Bestehend seit wann?

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit
Bestehend seit wann?

> 1.2

Ambulante Behandlung durch Sie
vom bis

Datum der letzten Kontrolle

Vor Ihnen durch

Nach Ihnen durch

> 1.3

Stationäre Behandlung/Kur
Wo?

Eintrittstag Entlassungstag

> 1.4

Anamnese (chronologischer Verlauf, bisherige Therapie, aktuelle Symptome)

Befund

Prognose

> 1.5

Art und Umfang der gegenwärtigen Behandlung

Aktuelle Medikation (einschl. Dosis)?
☐ keine
Welche?

Empfehlungen für die zukünftige Therapie

> 1.6

Psychologisch begründete Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20% für zuletzt ausgeübte Tätigkeit als:
Beruf

% von bis

> 1.7

Fragen zur bisherigen Tätigkeit
Welche körperlichen, geistigen, psychischen Einschränkungen bestehen?

Wie wirken sie sich bei der Arbeit aus?

Ist die bisherige Tätigkeit aus psychologischer Sicht noch zumutbar?
☐ ja ☐ nein

In welchem zeitlichen Rahmen?

Besteht dabei eine verminderte Leistungsfähigkeit
☐ ja ☐ nein

Wenn ja, warum, in welchem Ausmass?

In welchem Umfang (Stunden pro Tag) und seit wann ist eine behinderungsangepasste Tätigkeit, mit welchem Belastungsprofil möglich?

> 1.8

Fragen zu möglichen Eingliederungsmassnahmen
Lassen sich die Einschränkungen durch medizinische bzw. psychotherapeutische Massnahmen vermindern?
☐ ja ☐ nein
Wenn ja, mit welchen?

Wie wirken sich diese Massnahmen auf die Arbeitsfähigkeit aus?

> 1.9

Kann mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. Erhöhung der Einsatzfähigkeit gerechnet werden?
☐ ja ☐ nein
Wenn ja, ab wann und in welchem Umfang?
% ab

> 1.10

Kontakt mit anderen Versicherungen (IV/MV/Unfall/andere)?
☐ ja ☐ nein
Wann?

☐ IV ☐ MV ☐ Unfall ☐ andere
Welche?

> 1.11

Zusatzinformationen, Ergänzungen und Vorschläge

2. Unterschrift

Vorname, Name, Datum und Unterschrift

Genaue Adresse (Praxis/Abteilung)

3. Beilagen

Wir bitten Sie, Kopien der 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.

Welche Arbeiten sind der versicherten Person unter Berücksichtigung ihrer gesundheitlichen Einschränkungen in behinderungsangepasster Tätigkeit noch zumutbar?
Bitte unterteilen Sie in Aktivitäten/Zeitumfang/Leistung (Rendement).

	ja	nein	In welchem zeitlichen Rahmen zumutbar?		h welcher Leistung?
			ganztags ja/nein	Falls nicht ganztags zumutbar, Anzahl Stunden pro Tag und weshalb?	Angaben in %
rein „sitzende“ Tätigkeiten	☐	☐			
rein „stehende“ Tätigkeiten	☐	☐			
wechselbelastende Tätigkeiten	☐	☐			
vorwiegend im Gehen ausgeübte Tätigkeiten (unebenes Gelände?)	☐	☐			
Bücken	☐	☐			
Über-Kopf-Arbeiten	☐	☐			
Kauern	☐	☐			
Knien	☐	☐			
Rotation im Sitzen/Stehen	☐	☐			
Heben/Tragen (körpernah/-fern?)	☐	☐			
auf Leitern/Gerüste steigen	☐	☐			
Treppen steigen	☐	☐			
Anderes (z. B. Beidhändigkeit eingeschränkt)?	☐	☐			
Heben/Tragen (körpernah/-fern?)	☐	☐	Gewichtslimite		

Konzentrationsvermögen	☐ uneingeschränkt	☐ eingeschränkt; Art:
Auffassungsvermögen	☐ uneingeschränkt	☐ eingeschränkt; Art:
Anpassungsfähigkeit	☐ uneingeschränkt	☐ eingeschränkt; Art:
Belastbarkeit	☐ uneingeschränkt	☐ eingeschränkt; Art:
Fahrtauglichkeit	☐ ja	☐ nein

Seit wann gelten die Angaben?

Gibt es spezielle Punkte, die zu berücksichtigen sind (bspw. schrittweise Steigerung der Arbeitsfähigkeit, ruhiger Arbeitsplatz)?

Sind unterstützende Hilfsmittel angezeigt?
☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche?

4. Unterschrift

Vorname, Name, Datum und Unterschrift

Genaue Adresse (Praxis/Abteilung)