Verlaufsbericht zur Revision der Leistungen bei Jugendlichen

Datum:
Zuständig:
Direktwahl:
Versicherten-Nr:

Versicherter:

Verlaufsbericht für Personen bis zum vollendeten 20. Altersjahr für die Zeit ab:

Fragen/Bemerkungen:

Beilagen:

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

---

1. Verlauf, aktuelle Befunde, allfällige neue Diagnosen (bei Geburtsgebrechen bitte GgV-Ziffer angeben):

2. Behandlungsplan (Beginn / Dauer) / Prognose:

3. Wirkt sich der Gesundheitszustand auf den Schulbesuch
   oder die berufliche Ausbildung aus? ☐ Ja ☐ Nein
   Wenn ja, seit wann?
4. Hat sich der behinderungsbedingte Mehraufwand an Hilfeleistung und persönlicher Überwachung - im Vergleich
   zu einem Nichtbehinderten gleichen Alters - geändert? ☐ Ja ☐ Nein
   Wenn ja, inwiefern? Seit wann?

5. Haben Sie medizinische Behandlungspflege zu Hause verordnet ? ☐ Ja ☐ Nein

   Wenn ja: Welche? Wie oft und wie lange, durch wen? Seit wann?

6. Datum der letzten ärztlichen Kontrolle

7. 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