Verlaufsbericht zur Revision von Rente und Hilflosenentschädigung

Ihre Anschrift

Datum:
Zuständig:
Direktwahl:
Versicherten-Nr:

Versicherter:

Verlaufsbericht zur Revision von Rente und Hilflosenentschädigung für die Zeit ab: <Datum>

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. Diagnose?

   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. Halten Sie eine ergänzende medizinische Abklärung für angezeigt? ☐ Ja ☐ Nein

---

7. Hat der Gesundheitszustand Auswirkungen auf die alltäglichen Lebensverrichtungen? Wenn ja, bei welchen wird Dritthilfe benötigt?

	Ja	Nein		Ja	Nein
An- / Auskleiden	☐	☐	Verrichtung der Notdurft	☐	☐
Aufstehen / Absitzen / Abliegen	☐	☐	Fortbewegung	☐	☐
Essen	☐	☐	Pflege gesellschaftlicher Kontakte	☐	☐
Körperpflege	☐	☐			

Ist eine dauernde Pflege notwendig? tagsüber ☐ nachts ☐ nein ☐

Ist eine persönliche Überwachung notwendig? tagsüber ☐ nachts ☐ nein ☐

8. Nur für Versicherte *vor dem AHV-Rentenalter,* die *nicht in einem Heim* wohnen:
Ist er/sie wegen der gesundheitlichen Beeinträchtigung dauernd und regelmäßig auf eine lebenspraktische Begleitung angewiesen? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, seit wann und in welcher Form?	Ja	Nein	Seit	Art der Begleitung (genaue Beschreibung / zeitlicher Einsatz)
8.1.1 Hilfeleistungen, die das selbstständige Wohnen ermöglichen	☐	☐		
8.1.2 Begleitung bei außerhäuslichen Verrichtungen und Kontakten	☐	☐		
8.1.3 Regelmäßige Anwesenheit einer Drittperson zur Verhinderung einer dauernden Isolation von der Aussenwelt	☐	☐		

9. Datum der letzten ärztlichen Kontrolle:

10. 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