Verlaufsbericht zur Revision der Leistungen bei Erwachsenen

Ihre Adresse

Datum:
Zuständig:
Direktwahl:
Versicherten-Nr:

Versicherte Person Name und Adresse der Versicherten Person

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

Fragen/Bemerkungen: **Bemerkungen**

Beilagen Beilagen

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

---

1. Gesundheitszustand seither: ☐ stationär ☐ verschlechtert ☐ verbessert
2. Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit?

   Bestehend 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 medizinische Abklärung für angezeigt ? ☐ Ja ☐ Nein
8. Datum der letzten ärztlichen Kontrolle:
9. **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