



**IV-Stelle Nidwalden
Stansstaderstrasse 88
6371 Stans**

**Revision der Leistungen bei Erwachsenen:
Bitte Verlaufsbericht ausfüllen und retournieren**

Guten Tag

Ihre Patientin, Ihr Patient hat gesundheitliche Einschränkungen, die zu einer IV-Anmeldung führten. Für die rasche Prüfung benötigen wir Ihre kompetente Unterstützung.

Wir bitten Sie deshalb, den beiliegenden Verlaufsbericht zu beantworten, soweit Ihnen dies von Ihrem Fachgebiet und Ihrem Patientendossier her möglich ist. Wenn deswegen einzelne Punkte offengelassen werden, haben wir durchaus Verständnis.

Sie können den Verlaufsbericht auch auf unserer Website herunterladen. Wir bitten Sie, eventuelle Zusatzfragen auf dem Beiblatt ebenfalls zu beantworten.

Bitte füllen Sie den Arztbericht elektronisch oder von Hand aus und senden Sie ihn danach bitte so rasch als möglich zurück. Für das Ausfüllen dieses Verlaufsberichts können Sie wie bisher gemäss Tarmed abrechnen.

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit.

Rufen Sie uns an, wenn Sie Fragen haben.

Verlaufsbericht zur Aktualisierung des Dossiers bei Erwachsenen

für die Zeit ab

Bitte beantworten Sie auch die zusätzlichen Fragen auf dem Beiblatt

Versicherte Person (Vorname, Name)

Geburtsdatum

Versichertennummer

1. Gesundheitszustand seither

stationär

verschlechtert

verbessert

2. Änderung der Diagnose?

Ja

Nein

> 2.1

Welche haben einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit?

> 2.2

Seit wann und in welchem Ausmass?

3. Verlauf/veränderte Befunde

4. Therapeutische Massnahmen/Prognose

5. Sind neu berufliche Massnahmen 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, neue in der Zwischenzeit eingetroffene Berichte von Spitälern und Spezialärzten/Spezialärztinnen zuhanden unseres ärztlichen Dienstes beizulegen oder diese zu bezeichnen, damit wir sie selbst anfordern können.

Originalberichte werden nach Einsichtnahme zurückgesandt.

10. Unterschrift

Vorname, Name, Datum und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

| _____

Genauere Adresse (Praxis/Abteilung)

| _____

Ärztliches Beiblatt für Eingliederung/Rente

Für die Beurteilung der Eingliederungsfähigkeit und des Rentenanspruches bitten wir Sie um Stellungnahme.

1. Fragen zur bisherigen Tätigkeit

> 1.1

Wie wirkt sich die gesundheitliche Störung bei der bisherigen Tätigkeit aus?

> 1.2

Ist die bisherige Tätigkeit noch zumutbar?

Ja

Nein

Wenn ja, in welchem zeitlichen Rahmen (Stunden pro Tag)?

> 1.3

Besteht dabei eine verminderte Leistungsfähigkeit?

Ja

Nein

Wenn ja, in welchem Ausmass?

2. Fragen zu möglichen Eingliederungsmassnahmen

> 2.1

Kann die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz bzw. im bisherigen Tätigkeitsbereich verbessert werden?

Ja

Nein

2.1.1

Wenn ja, mit welchen zumutbaren Massnahmen (z.B. medizinische Massnahmen, Hilfsmittel, Umgestaltung des Arbeitsplatzes, etc.)?

Wie wirken sich diese Massnahmen auf die Arbeitsfähigkeit aus?

> 2.2

Sind der versicherten Person andere Tätigkeiten zumutbar?

Ja

Nein

2.2.1

Wenn ja, welcher Art könnten diese Tätigkeiten sein?

Was wäre dabei besonders zu beachten?

In welchem zeitlichen Rahmen sind diese Tätigkeiten zumutbar (Stunden pro Tag)?

2.2.2

Besteht in diesem zeitlichen Rahmen eine verminderte Leistungsfähigkeit?

Ja

Nein

Wenn ja, in welchem Ausmass?

2.2.3

Wenn keine anderen Tätigkeiten mehr zumutbar sind, wie lässt sich dies begründen?

3. Vorschläge, weitere Fragen