



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

**Verlaufsbericht für Personen bis zum vollendeten 20. Altersjahr:
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 für Personen bis zum vollendeten 20. Altersjahr

für die Zeit ab

Bitte beantworten Sie auch die zusätzlichen Fragen auf dem Beiblatt

Versicherte Person (Vorname, Name)

Geburtsdatum

Versichertennummer

**1. Verlauf, veränderte 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 therapeutische Massnahmen in Hauspflege 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, neue in der Zwischenzeit eingetroffene 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.

8. Unterschrift

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

Genaue Adresse (Praxis/Abteilung)
