

Arztbericht für Erwachsene

Bitte 1. Seite des original
Arztberichtes beilegen (OCR-Code)

Datum:

Zuständig:

Direktwahl:

Versicherten-Nr:

Versicherter:

Beantragte Leistungen:

Fragen/Bemerkungen:

Beruf:

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

A. Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Bestehend seit wann ?

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Bestehend seit wann ?

**B. Medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von
mindestens 20% für zuletzt ausgeübte Tätigkeit als:**

(Beruf angeben)

| | | | |
|-------|-----|-------|-----|
| % von | bis | % von | bis |
| % von | bis | % von | bis |
| % von | bis | % von | bis |
| % von | bis | % von | bis |

