

**Arztbericht: Für Versicherte  
vor dem 20. Altersjahr**

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

Datum:   
 Zuständig:   
 Direktwahl:   
 Versicherten-Nr:

Adresse

Versicherter:

**IV-Abklärung für Versicherte vor dem 20. Altersjahr:  
Bitte Arztbericht ausfüllen und retournieren**

Guten Tag

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

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

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

Bitte füllen Sie den Arztbericht elektronisch oder mit Schreibmaschine aus und senden Sie ihn danach bitte so rasch als möglich zurück. Für das Ausfüllen dieses Formulars können Sie wie bisher nach Tarmed abrechnen.

Wir danken Ihnen und grüssen Sie freundlich.

Beilagen

## Arztbericht

für die Beurteilung des Anspruches für Versicherte vor dem 20. Altersjahr auf

Ergänzende Fragen:

### 1. Diagnosen



#### 1.1

Diagnosen

Bei psychiatrischen Erkrankungen bitte ICD 10- oder DSM-IV-Codes angeben

Erstmals gestellt am:



#### 1.2

Wirkt sich der Gesundheitszustand auf den Schulbesuch oder die berufliche Ausbildung aus?

ja  nein

Wenn ja, wie?

Seit wann?



#### 1.3

Liegen ein oder mehrere Geburtsgebrechen gemäss GgV vor?

ja  nein

Wenn ja, Ziffer(n)



#### 1.4

Der Gesundheitszustand der versicherten Person ist

gleich bleibend  besserungsfähig  sich verschlechternd



#### 1.5

Kann durch medizinische Massnahmen die Möglichkeit einer späteren Eingliederung ins Erwerbsleben wesentlich verbessert werden?

ja  nein



#### 1.6

Benötigt die versicherte Person Behandlung/Therapie?

ja  nein

Wenn ja, welche?

- > **1.7**  
Benötigt die versicherte Person Behandlungsgeräte oder Hilfsmittel?

ja  nein

Wenn ja, welche?

--

- > **1.8**  
Besteht ein behinderungsbedingter Mehraufwand an Hilfeleistung oder persönlicher Überwachung im Vergleich zu einem Nichtbehinderten gleichen Alters?

ja  nein

Wenn ja, seit wann?

--

## 2. Ärztliche Angaben

- > **2.1**  
Behandlung vom            bis / Bei Neugeborenen Intensivbehandlung vom bis

--	--

- > **2.2**  
Letzte Untersuchung vom

--

- > **2.3**  
Anamnese (chronologischer Verlauf, bisherige Therapie, aktuelle Symptome)

--

- > **2.4**  
Ärztlicher Befund

--

- > **2.5**  
Prognose

--

- > **2.6**  
Spezialärztliche Untersuchungen

--

- > **2.7**  
Behandlungsplan (Beginn/Dauer)

- > **2.8**  
Haben Sie therapeutische Massnahmen in Hauspflege verordnet?  
 ja  nein  
Wenn ja, welche, wie oft und wie lange, durch wen?

**3. Unterschrift**

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

Genaue Adresse (Praxis/Abteilung)

**4. Beilagen**

**Wir bitten Sie, Kopien der 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.**