IV-Stelle Zug

Baarerstrasse 11

Postfach

6302 Zug

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Versanddatum:  **Angaben zur versicherten Person**  Name:  Vorname:  Strasse:  PLZ/Ort:  Geb.-Datum:   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 7 | 5 | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   Vers.-Nr.:  Gesetzliche/r Vertreter/in: | **Name und Adresse des Arztes / der Ärztin**  Name:  Vorname:  Strasse:  PLZ/Ort:  Telefon-Nr: |

|  |
| --- |
| Für die **Beurteilung der Eingliederungsfähigkeit und des Rentenanspruches** der obgenannten versicherten Person 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  Wenn ja, mit welchen zumutbaren Massnahmen (z.B. 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  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  2.3 Besteht in diesem zeitlichen Rahmen eine verminderte Leistungsfähigkeit? 🞎 ja 🞎 nein  Wenn ja, in welchem Ausmass?  2.4 Wenn keine anderen Tätigkeiten mehr zumutbar sind, wie lässt sich dies begründen? |
| 3. Weitere Vorschläge und Bemerkungen |
| 4. Unterschrift    Ort und Datum Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin |