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:  |
| Verlaufsbericht für Personen bis zum vollendeten 20. Altersjahr für die Zeit ab: Sollten Sie zur Beantwortung der nachfolgenden Fragen mehr Platz benötigen, verwenden Sie bitte ein zusätzliches Dokument, z.B. Word, und reichen es zusammen mit dem Verlaufsbericht ein. |
| 1. Verlauf, veränderte Befunde, allfällige neue Diagnose (bei Geburtsgebrechen bitte GgV-Ziffer angeben)

 max. 3‘500 Zeichen  |
| 2. Behandlungsplan (Beginn/Dauer) und Prognose max. 3'500 Zeichen  |
| 1. Wirkt sich der Gesundheitszustand auf den Schulbesuch oder die berufliche Ausbildung aus?

 ❒ Ja ❒ Nein max. 1'900 Zeichen  |
| 1. 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? max. 1‘900 Zeichen  |
| 1. Haben Sie therapeutische Massnahmen in Hauspflege verordnet? ❒ Ja ❒ Nein

Wenn ja: welche? Wie oft und wie lange? Durch wen? Seit wann? max. 1‘900 Zeichen  |
| 6. Datum der letzten ärztlichen Kontrolle  |
| 7. Beilagen Wir bitten Sie, neue in der Zwischenzeit eingetroffene Berichte von Spitälern und Spezialärztinnen oder -ärzten zuhanden unseres ärztlichen Dienstes beizulegen oder diese genau zu bezeichnen, damit wir sie selbst anfordern können. Originalberichte werden nach Einsichtnahme zurückgesandt. |
| 8. Bemerkungen max. 1'000 Zeichen  |
| 9. Unterschrift Ort und Datum Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin |