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 | |