



Verlaufsbericht Jugendliche

Eidgenössische Invalidenversicherung IV

(bitte ausgefüllt und unterzeichnet innert 30 Tagen zurücksenden)

Versanddatum:

IV-Stelle Zug
 Baarerstrasse 11
 Postfach 4032
 6304 Zug

Angaben zur versicherten Person	Name und Adresse des Arztes / der Ärztin
Name: _____	Name: _____
Vorname: _____	Vorname: _____
Strasse: _____	Strasse: _____
PLZ/Ort: _____	PLZ/Ort: _____
Geb.-Datum: _____	Telefon-Nr: _____
Vers.-Nr.: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Gesetzliche/r Vertreter/in: _____	

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

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

Ja Nein

max. 1'900 Zeichen

4. 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

-
5. 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