



**Beiblatt zum Arztbericht**  
Eidgenössische Invalidenversicherung IV

Versanddatum:

IV-Stelle Zug  
Baarerstrasse 11  
Postfach  
6302 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.: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">7</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">6</td> <td style="width: 20px; text-align: center;"> </td> <td style="width: 20px; text-align: center;"> </td> <td style="width: 20px; text-align: center;"> </td> <td style="width: 20px; text-align: center;"> </td> <td style="width: 20px; text-align: center;"> </td> <td style="width: 20px; text-align: center;"> </td> <td style="width: 20px; text-align: center;"> </td> </tr> </table>	7	5	6								
7	5	6									
Gesetzliche/r Vertreter/in: _____											

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? \_\_\_\_\_

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