



Verlaufsbericht

Eidgenössische Invalidenversicherung IV

(bitte ausgefüllt und unterzeichnet innert 30 Tagen zurücksenden)

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>7</td><td>5</td><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | 7 | 5 | 6 | | | | | | | | |
| 7 | 5 | 6 | | | | | | | | | |
| Gesetzliche/r Vertreter/in: _____ | | | | | | | | | | | |

Verlaufsbericht zur Aktualisierung des Dossiers bei Erwachsenen 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. Gesundheitszustand seither stationär verschlechtert verbessert

2. Änderung der Diagnose? Ja Nein

Welche Veränderungen haben einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit? max. 3'500 Zeichen

Seit wann und in welchem Ausmass?

max. 800 Zeichen

3. Verlauf / veränderte Befunde:

max. 1'900 Zeichen

4. AUF-Verlauf seit letzter Berichterstattung:

max. 1'900 Zeichen

5. Therapeutische Massnahmen / Prognose:

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