Formular zurücksetzen

Verlaufsbericht Jugendliche

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: _____
AHV-Nr.: _____	
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

0000000000000009050011

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. 1900 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

Formular zurücksetzen