Formular zurücksetzen

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: _____
AHV-Nr.: _____	
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

0000000000000009050011

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