

Arztbericht: Berufliche Integration/Rente

Personalien

Name

Vorname

AHV-Nummer

Geburtsdatum

Verfahrensstand

Guten Tag

Ihre Patientin, Ihr Patient hat gesundheitliche Einschränkungen, die zu einer IV-Anmeldung führten. Wir wollen den Fall rasch prüfen. Dazu brauchen wir Ihre kompetente Mithilfe. Bitte beantworten Sie die Fragen im Bericht, soweit Ihr Fachgebiet und Ihr Patientendossier dies zulassen. Legen Sie bitte Kopien von bereits vorliegenden Berichten bei.

Informationen

Sie möchten wissen, wie die Zusammenarbeit mit den IV-Stellen funktioniert? Informationen finden Sie unter www.iv-pro-medico.ch. Dieser Fragebogen wurde in Zusammenarbeit mit der FMH erstellt.

Kontakt

Haben Sie Fragen zum Stand der Abklärungen?

Falls wir Sie anrufen sollen: Wann können wir Sie unter welcher Nummer erreichen?

Telefonnummer

Zeitfenster

Falls wir Sie anrufen wollen: Wann können wir Sie unter welcher Nummer erreichen?

Telefonnummer

Zeitfenster

Bei medizinischen Fragen wenden Sie sich bitte an unseren Regionalen Ärztlichen Dienst.

Den Arztbericht und Gespräche mit uns können Sie nach Tarmed abrechnen.

Wir danken Ihnen und grüssen Sie freundlich.

1 Allgemeine Angaben

1.1

Die ambulante/stationäre Behandlung durch Sie erfolgte

vom

bis

--	--

Datum der letzten Konsultation

--

Frühere Konsultationen erfolgten durch

--

Spätere Konsultationen erfolgten durch

--

1.2

Wie oft ist der Patient, die Patientin gegenwärtig in Behandlung?

--

1.3

Wie sieht der Verlauf der bisher attestierten Arbeitsunfähigkeit aus (in Prozent)?

%

von

bis

%	von	bis

Für welche Tätigkeiten haben Sie die Arbeitsunfähigkeit attestiert?

--

1.4

Gibt es weitere Behandler (Spezialärzte, Spitäler oder Therapeuten)?

--

Bitte legen Sie Kopien von bereits vorliegenden Berichten bei.

2 Medizinische Situation

2.1

Vorgeschichte und Entwicklung der Patientin/des Patienten

--

2.2

Aktuelle medizinische Symptomatik und Situation

2.3

Aktuelle Medikation (einschl. Dosis)

2.4

Ausführliche objektive Befunde auf Basis Ihrer Untersuchungen

2.5

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

(Bei psychischen Erkrankungen bitte ICD-10- oder DSM-5-Codes angeben.)

Wann wurden welche Diagnosen gestellt?

2.6

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Wann wurden welche Diagnosen gestellt?

2.7

Ihre Prognose zur Arbeitsfähigkeit

2.8

Ihr weiteres Vorgehen / Ihr Behandlungsplan (Therapien, operative Eingriffe, Medikation)

3 Berufliche Situation

3.1

Welche Tätigkeit übt der Patient, die Patientin gegenwärtig aus?

Kann ich nicht beantworten

3.2

Welche Informationen zur beruflichen Situation liegen Ihnen vor?

Keine

3.3

Welche Anforderungen stellt die aktuelle Tätigkeit an Ihre Patientin, Ihren Patienten?

(Zum Beispiel: körperlich streng / wechselbelastend / repetitiv / Führungsfunktion / Schichtarbeit / Teamarbeit / Kundenkontakt. Oder Ähnliches.)

Kann ich nicht beantworten

Falls Sie eine Beschreibung des Arbeitsplatzes haben, legen Sie diese bitte bei.

3.4

Welche Funktionseinschränkungen bestehen? Wie wirken sie sich auf die bisherige Tätigkeit aus?

Bitte beschreiben Sie die Einschränkungen.

Kann ich nicht beantworten

3.5

Hat Ihr Patient, Ihre Patientin Ressourcen, die für eine Eingliederung hilfreich sein können?

(Zum Beispiel: Sprachkenntnisse / Weiterbildungen / Tagesablauf / ehrenamtliche Tätigkeiten / Hobbys / Freizeit / Kontakte zu Freunden / Reisen)

Kann ich nicht beantworten

3.6

Gibt es Zweifel an der Fahreignung?

Welche?

Kann ich nicht beantworten

4 Potenzial für die Eingliederung

4.1

Wie viele Stunden pro Tag ist die bisherige Tätigkeit zumutbar?

Kann ich nicht beantworten

4.2

Wie viele Stunden pro Tag ist eine dem Leiden angepasste Tätigkeit zumutbar?

4.3

Wie ist Ihre Prognose zur Eingliederung?

4.4

Welche Faktoren stehen einer Eingliederung im Wege?

4.5

In welchem Ausmass ist Ihre Patientin, Ihr Patient bei Aufgaben im Haushalt eingeschränkt?

(Zum Beispiel: Haushaltführung / Ernährung / Wohnungspflege / Einkauf / Wäsche / Kinderbetreuung.)

Kann ich nicht beantworten

5 Diverses

Was wäre für die Beurteilung des Falles ausserdem wichtig? Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

Datum

Vorname, Name, genaue Adresse (Praxis/Abteilung) und Unterschrift des Arztes / der Ärztin
(elektronisches Visum genügt)

Beilagen

IV-Stelle Luzern
Landenbergstrasse 35
Postfach
6002 Luzern