

**Arztbericht:  
Für versicherte Kinder  
und junge Erwachsene**

IV-Stelle Luzern  
Landenbergstrasse 35  
Postfach  
6002 Luzern

**IV-Abklärung für versicherte Kinder und junge Erwachsene:  
Bitte Arztbericht ausfüllen und retournieren**

Guten Tag

Ihre Patientin, Ihr Patient hat gesundheitliche Einschränkungen, die zu einer IV-Anmeldung führten. Für die rasche Prüfung benötigt die IV-Stelle Ihre kompetente Unterstützung.

Wir bitten Sie deshalb, den beiliegenden Arztbericht zu beantworten, soweit Ihnen dies von Ihrem Fachgebiet und Ihrem Patientendossier her möglich ist. Wenn deswegen einzelne Punkte offengelassen werden, haben wir durchaus Verständnis.

Weitere Informationen zur Zusammenarbeit mit den IV-Stellen finden Sie auf der Homepage [www.iv-pro-medico.ch](http://www.iv-pro-medico.ch).

Sie können den Arztbericht auch auf unserer Website herunterladen.

Bitte füllen Sie den Arztbericht elektronisch oder von Hand aus und senden Sie ihn danach bitte so rasch als möglich zurück. Für das Ausfüllen dieses Arztberichts können Sie gemäss Tarmed abrechnen.

Wir danken Ihnen und grüssen Sie freundlich.

# Arztbericht

Arztbericht für die Beurteilung des Anspruches für Kinder und junge Erwachsene auf

- medizinische Massnahmen  Hilfsmittel  
 Massnahmen der beruflichen Eingliederung

Ergänzende Fragen

---

Bitte beantworten Sie auch die zusätzlichen Fragen auf dem Beiblatt

---

Versicherte Person (Vorname, Name)

Geburtsdatum

AHV-Nummer

---

## 1. Diagnosen

### > 1.1

Diagnosen

Bei psychiatrischen Erkrankungen bitte ICD 10- oder DSM-IV-Codes angeben

Erstmals gestellt am:

---

### > 1.2

Wirkt sich der Gesundheitszustand auf den Schulbesuch oder die berufliche Ausbildung aus?

- ja  nein

Wenn ja, wie?

Seit wann?

---

### > 1.3

Liegen ein oder mehrere Geburtsgebrechen gemäss GgV vor?

- ja  nein

Wenn ja, Ziffer(n)

---

### > 1.4

Der Gesundheitszustand der versicherten Person ist

- gleich bleibend  besserungsfähig  sich verschlechternd

### > 1.5

Kann durch medizinische Massnahmen die Möglichkeit einer späteren Eingliederung ins Erwerbsleben wesentlich verbessert werden?

- ja  nein

> **1.6**

Benötigt die versicherte Person Behandlung/Therapie?

ja  nein

Wenn ja, welche?

Therapieart

---

---

Beginn

Geplante Dauer

---

---

Umfang (Häufigkeit und Dauer der Sitzung)

---

---

Durchführungsstelle: Wo wird die Behandlung durchgeführt? Domizilbehandlungen nur bei medizinischer Notwendigkeit (bitte begründen)

---

---

Was ist das Therapieziel?

---

---

> **1.7**

Benötigt die versicherte Person Behandlungsgeräte oder Hilfsmittel?

ja  nein

Wenn ja, welche?

---

---

> **1.8**

Hilflosigkeit: Besteht ein behinderungsbedingter Mehraufwand an Hilfeleistung oder persönlicher Überwachung im Vergleich zu einem Nichtbehinderten gleichen Alters?

ja  nein

Wenn ja: Bitte begründen Sie

---

---

**2. Ärztliche Angaben**

> **2.1**

Behandlung vom bis

---

---

> **2.2**

Letzte Untersuchung vom

---

---

> **2.3**

Anamnese (chronologischer Verlauf, bisherige Therapie, aktuelle Symptome)

---

> **2.4**

Ärztlicher Befund

---

> **2.5**

Prognose

---

> **2.6**

Spezialärztliche Untersuchungen

---

> **2.7**

Behandlungsplan (Beginn/Dauer)

---

> **2.8**

Haben Sie therapeutische Massnahmen in Hauspflege verordnet?

ja  nein

Wenn ja, welche, wie oft und wie lange, durch wen?

---

**3. Unterschrift**

Vorname, Name, Datum und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

---

Genauere Adresse (Praxis/Abteilung)

---

**4. Beilagen**

Wir bitten Sie, Kopien der Berichte von Spitälern und Spezialärzten/Spezialärztinnen zuhanden unseres ärztlichen Dienstes beizulegen oder diese genau zu bezeichnen, damit wir sie selbst anfordern können. Originalberichte werden nach Einsichtnahme zurückgesandt.

---