

Informationen:
 041 819 04 25
 info@aksz.ch
 www.aksz.ch



Beiblatt zum Arztbericht

Formular 5428 d 11.00

IV-Stelle Schwyz
 Postfach 53
 6431 Schwyz

(vom Arzt / von der Ärztin auszufüllen)

Versanddatum:

1 Persönliche Angaben

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.: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Gesetzliche/r Vertreter/in: _____	

Beim obgenannten Kind werden Leistungen im Rahmen eines **POS (Ziffer 404 GgV)** geltend gemacht.

2 Befunde

Wenn Sie nicht alle Befunde selber erhoben haben, durch wen und wann wurden welche Befunde erhoben? (Bitte vorhandene Berichte zur Einsicht zustellen.)

3 Störungen

Wie äussern sich die Störungen des Verhaltens?

Wie äussern sich die Störungen des Antriebs

Wie äussern sich die Störungen des Erfassens?

Wie äussern sich die Störungen der Konzentrationsfähigkeit

Wie äussern sich die Störungen der Merkfähigkeit?

4 IQ

Wie hoch ist der IQ: _____

Testmethode: _____

5 Tests

Welche anderen Tests wurden durchgeführt? Bitte Testergebnisse beilegen.

6 Diagnose

Wann wurde die Diagnose eines frühkindlichen POS gestellt? Durch wen?

7 Behandlung

Wann wurde erstmals eine spezifische Behandlung durchgeführt?

8 Bemerkungen

9 Unterschrift

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin