

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



# Verlaufsbericht

Eidgenössische Invalidenversicherung IV

IV-Stelle Schwyz  
Postfach 53  
6431 Schwyz

(bitte ausgefüllt und unterzeichnet innert 30 Tagen zurücksenden)

Versanddatum:

## 1 Versicherte Person

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"/>	
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 Sie es zusammen mit dem Verlaufsbericht ein.

Gesundheitszustand seither  stationär  verschlechtert  verbessert

## 2 Veränderung

Änderung der Diagnose?  Ja  Nein

Welche Veränderungen haben einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit?

Seit wann und in welchem Ausmass?

---

### 3 Verlauf

Verlauf / veränderte Befunde

---

### 4 Massnahmen

Therapeutische Massnahmen / Prognosen

---

### 5 Kontrolle

Datum der letzten ärztlichen Kontrolle: \_\_\_\_\_

---

### 6 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.

---

## 7 Bemerkungen

---

---

---

---

## 8 Unterschrift

---

Ort und Datum

---

Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin