

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



Verlaufsbericht Jugendliche

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 für Personen bis zum vollendeten 20. Altersjahr 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.

2 Verlauf

Verlauf, veränderte Befunde, allfällige neue Diagnose (bei Geburtsgebrechen bitte GgV-Ziffer angeben)

3 Behandlungsplan (Beginn / Dauer) und Prognose

4 Auswirkung

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

5 Mehraufwand

Hat sich der behinderungsbedingte Mehraufwand an Hilfeleistung und persönlicher Überwachung - im Vergleich zu einem Nichtbehinderten gleichen Alters - geändert? Ja Nein

Wenn ja, inwiefern? Seit wann?

6 Therapeutische Massnahmen

Haben Sie therapeutische Massnahmen in Hauspflege verordnet?

Ja

Nein

Wenn ja, welche? Wie oft und wie lange? Durch wen? Seit wann?

7 Kontrolle

Datum der letzten ärztlichen Kontrolle: _____

8 Beilagen

Wir bitten Sie, neue in der Zwischenzeit eingetroffene Berichte von Spitalern 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.

9 Bemerkungen

10 Unterschrift

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin