

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



Verlaufsbericht Revision

Rente / Hilflosigkeit bei Erwachsenen für die Zeit
 ab dem letzten Bericht

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: _____

Die versicherte Person bezieht eine
 Rente viertel halbe dreiviertel ganze

Hilflosenentschädigung leicht mittel schwer

Gesundheitszustand seither stationär verschlechtert verbessert

2 Veränderung / Verlauf

Änderung der Diagnose? Ja Nein

Wenn ja, welche Diagnosen haben sich verändert?

Welche veränderten Diagnosen haben Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit? Seit wann haben diese veränderten Diagnosen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit und in welchem Ausmass?

Verlauf / veränderte Befunde?

Verlauf der Arbeitsfähigkeit? Aktuelle Arbeitsfähigkeit?

Werden aktuell Behandlungen / Therapien durchgeführt?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Sind neu berufliche Massnahmen angezeigt?

Ja

Nein

4 Alltägliche Lebensverrichtungen

Ist die versicherte Person bei den alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig auf die Hilfe von Drittpersonen angewiesen?

Ja Nein

In welchen Lebensverrichtungen und seit wann (Monat / Jahr)?

Ankleiden / Auskleiden Ja, seit _____ Nein

Aufstehen / Absitzen / Abliegen Ja, seit _____ Nein

Essen Ja, seit _____ Nein

Körperpflege Ja, seit _____ Nein

Verrichten der Notdurft Ja, seit _____ Nein

Fortbewegung Ja, seit _____ Nein

Dauernde Überwachung Ja, seit _____ Nein

5 Medizinische Abklärung

Halten Sie eine ergänzende medizinische Abklärung für angezeigt?

Ja Nein

Begründung:

6 Kontrolle

Datum der letzten ärztlichen Kontrolle: _____

7 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.

8 Unterschrift

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin
und / oder Angabe des Spitals

Bei Spitalern / Gemeinschaftspraxen bitte Name des Arztes /
der Ärztin und die genaue Anschrift / Abteilung angeben
(sofern nicht aus dem Stempel ersichtlich)