**Fragen zur versicherten Person**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Vorname, Name |  | Geburtsdatum |  | AHV-Nummer |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

### Zeigt reproduzierbare gezielte Aufmerksamkeitsleistungen und Reaktionen auf Stimuli (z. B. Blickkontakt, Blickfolge, adäquate mimische Reaktionen etc.)?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |
|  |  |  |

### Zeigt auf verschiedene verbale (schriftlich oder mündlich) gestellte einfache Fragen eine eindeutige und reproduzierbare Ja- oder Nein-Reaktion? (z. B. Haben Sie Durst?)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |
|  |  |  |

### Zeigt reproduzierbare Sprachverständnisleistungen?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Können einfachen sprachlichen (schriftlichen oder mündlichen) Aufforderungen nachgekommen werden?  (z. B. Schliessen Sie die Augen!) |
|  |  |  |
|  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Werden korrekte Ja-Nein-Reaktionen beim Benennen von Gegenständen gezeigt? (z. B. Ist das ein Löffel?) |
|  |  |  |
|  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Werden gezielte Reaktionen (Gesten/Blickwendungen) beim Lokalisieren von Gegenständen gezeigt?  (z. B. Wo ist das Fenster?) |
|  |  |  |
|  |
|  |  |  |

### Kann zwischen angebotenen Alternativen auswählen? (z. B. Welchen Pullover möchten Sie anziehen?)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |
|  |  |  |

### Zeigt Bemühungen/Versuche, eigene Bedürfnisse zum Ausdruck zu bringen? (z. B. durch Lautbildung, Gestik, Mimik, Augenbewegungen etc. – Beispiele angeben)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |
|  |  |  |

Unterschrift

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Vorname, Name der Ärztin/des Arztes |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Adresse Praxis (Abteilung) |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Ort, Datum |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Unterschrift |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* Arztbericht einreichen

Drucken Sie den ausgefüllten Arztbericht aus. Schicken Sie die Blätter bitte lose. Verwenden Sie keine Heftklammern.

Arztbericht senden an:

SVA Zürich

IV-Stelle

Postfach

8087 Zürich