Zur Person

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Versicherte Person (Vorname, Name) |  | Geburtsdatum |  | AHV-Nummer |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Allgemeine Angaben

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Aktuelle Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit  Bitte zusätzlich ICD 10- oder DSM-IV-Codes angeben.  Bestehend seit wann und in welchem Ausmass? |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Falls Sie aussagekräftige Berichte von anderen Ärzten, Spitälern oder Institutionen haben, legen Sie diese bitte auch bei.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Anamnese |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ressourcenprofil für berufliche Tätigkeit

kann ich nicht beantworten

|  |  |
| --- | --- |
|  | Zeitlicher Umfang |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Welche Tätigkeiten sind möglich? In welchem zeitlichen Umfang (in Std./Tag)? |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Welche Tätigkeiten sind nicht möglich? |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Verminderung der Leistungsfähigkeit? | ja | nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Wenn ja, in welchem Umfang? |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Somatischer Teil  (Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennungen möglich)  Folgende Arbeiten können verrichtet werden  Körperliche Arbeitsschwere   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | schwere Arbeiten | mittelschwere | leichte bis mittel-  schwere (bis 15kg) | leicht (bis 10kg) | |

Arbeitshaltung

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| im Stehen | ständig | überwiegend | zeitweise |
| im Gehen | ständig | überwiegend | zeitweise |
| im Sitzen | ständig | überwiegend | zeitweise |

Arbeitsorganisation

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tagschicht | Früh-/Spätschicht | Nachtschicht |

Einschränkungen

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Hören | leicht | mittel | stark eingeschränkt |
| Sehen | leicht | mittel | stark eingeschränkt |
| Manuelles Geschick | leicht | mittel | stark eingeschränkt |
| Kraft der Hände | leicht | mittel | stark eingeschränkt |
| Gang- und Standsicherheit | leicht | mittel | stark eingeschränkt |
| Koordination | leicht | mittel | stark eingeschränkt |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Psychiatrischer Teil   |  |  | | --- | --- | | Fähigkeiten | Einschränkung | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | keine | leicht | mittel | schwer |
| Anpassungen an Regeln und Routinen |  |  |  |  |
| Planung und Strukturierung von Aufgaben |  |  |  |  |
| Flexibilität und Umstellung |  |  |  |  |
| Anwendung fachlicher Kompetenz |  |  |  |  |
| Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit |  |  |  |  |
| Durchhaltefähigkeit |  |  |  |  |
| Selbstbehauptungsfähigkeit |  |  |  |  |
| Gruppenfähigkeit |  |  |  |  |
| Kontaktfähigkeit zu Dritten |  |  |  |  |
| Spontan-Aktivitäten |  |  |  |  |
| Selbstpflege |  |  |  |  |
| Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel |  |  |  |  |
| Fahrtauglichkeit |  |  |  |  |
| Auffassung |  |  |  |  |
| Konzentration |  |  |  |  |
| Merkfähigkeit |  |  |  |  |
| Belastbarkeit im Alltag |  |  |  |  |
| Belastbarkeit im Beruf |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Bitte beschrieben Sie kurz mit eigenen Worten, was Ihr Patient/Ihre Patientin gut kann und wo Einschränkungen bestehen. |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Angaben zur Behandlung

|  |  |
| --- | --- |
|  | Gegenwärtige Behandlung und Verlauf |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | In Behandlung bei Ihnen seit? |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Rhythmus? |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Letzte Kontrolle am? |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Aktuelle Medikation (einschl. Dosis)?  keine |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Welche |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Prognose |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Liste aller aktuellen Behandlerinnen, Behandler mit Fachrichtung und Adresse |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

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

Arbeitsfähigkeit

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Kann die Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen verbessert  werden? | ja | nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Wenn ja, durch welche? |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Bestehen Faktoren (in der Schule, in der Familie, etc.), welche die Krankheit aufrechterhalten? |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Unterschrift

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

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

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

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

Wichtige Informationen

Zur Verrechnung dieses Fragebogens ist die TarMed Position 00.2230 oder 00.2240 zu verwenden. Die dafür benötigte Konsultation und Untersuchung können Sie uns zusätzlich nach Tarif in Rechnung stellen.

Weitere Informationen zur Zusammenarbeit mit den IV-Stellen finden Sie auf der Homepage  
[www.iv-pro-medico.ch](http://www.iv-pro-medico.ch)

Beilagen

Wir bitten Sie, Kopien der Berichte von Spitälern und Spezialärzten/Spezialärztinnen zuhanden unseres ärztlichen Dienstes beizulegen oder diese genau zu bezeichnen, damit wir sie selbst anfordern können. Originalberichte werden nach Einsichtnahme zurückgesandt.

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

* 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