**Eidgenössische Invalidenversicherung**

[Adressat.Anschrift]

Versicherte Person: **[Patient:mw:Herr/Frau] [Patient.Vorname] [Patient.Name] ([Patient.Geschlecht]),** [Patient.Strasse], [Patient.Ort], [Patient.Geburtsdatum]

AHV Nummer: [Patient.AHV]

**Arztbericht**

Sachbearbeitung:       Telefon:       Luzern,

**Bitte mit Schreibmaschine ausfüllen und an die IV-Stelle zurücksenden.**

**Doppel für den Arzt/die Ärztin und Rechnungsformular liegen bei.**

**Bitte Hinweise auf der Rückseite der beiliegenden Rechnung beachten.**

Für die Beurteilung des Anspruchs auf:

Rente  medizinische Massnahmen  berufliche Massnahmen  Sonderschulung  Hilfsmittel

1. **Fragen an den Arzt / die Ärztin**

* 1. **Seit wann besteht der Gesundheitsschaden?**

* 1. **Bedarf die versicherte Person ärztlicher Behandlung? Wenn ja, welcher?**

ja  nein

seit       voraussichtlich bis

* 1. **Gesundheitszustand der versicherten Person?**

stationär  besserungsfähig  sich verschlechternd

* 1. **Arbeitsunfähigkeit im bisherigen Beruf oder Tätigkeitsbereich?**

ja  keine sicheren Angaben möglich        (Beruf angeben)

|  |  |
| --- | --- |
| % vom       bis | % vom       bis |
| % vom       bis | % vom       bis |
| % vom       bis | % vom       bis |

Sind diese Arbeitsunterbrüche ausschliesslich gesundheitlich begründet? ja  nein

Wenn nein, Begründung unter <Bemerkungen> (Ziff. 2)

Halten Sie eine ergänzende medizinische Abklärung der Arbeitsunfähigkeit für angezeigt? ja  nein

* 1. **Kann die Arbeitsfähigkeit verbessert werden durch medizinische Massnahmen?** ja  nein

**Wenn ja, welche?**

Sind berufliche Massnahmen angezeigt? Wenn ja, ab sofort?       ja  nein

Gegenindikationen im bisherigen Beruf? Umschreibung einer der Behinderung angepassten Tätigkeit?

* 1. **Wirkt sich der Gesundheitszustand auf den Schulbesuch oder auf die berufliche Ausbildung aus?**

ja  nein

**Wie?**

* 1. **Benötigt die versicherte Person Hilfsmittel?** ja  nein

**Wenn ja, welche?**

* 1. **Ist die versicherte Person als hilflos zu betrachten?** ja  nein

**Wenn ja, seit wann?**

1. **Antworten und Bemerkungen zu 1.1-1.8** (bei Platzmangel Beiblatt benützen):

1. **Diagnose** (wichtige Leiden unterstreichen)

Bei Minderjährigen: Liegt ein Geburtsgebrechen gemäss GgV vor? ja  nein

Wenn ja, Ziffer gemäss GgV

1. **Ärztlicher Befund**

Untersuchung vom       Behandlung vom       bis

* 1. Anamnese (Familie, frühere Krankheiten oder Unfälle)
  2. Angegebene Beschwerden
  3. Status (Allgemein- und Lokalstatus, beeinträchtigte körperliche und geistige Funktionen, Süchte,  
     Laborresultate Rx, EKG, EEG, usw.)

1. **War zur Erstellung dieses Arztberichts eine Konsultation oder ein Besuch notwendig?**

1. **Wünschen Sie, über den Beschluss der IV-Organe informiert zu werden?**

**7. Beilagen**

Der ärztliche Dienst der IV-Stelle bittet Sie, Berichte von Spitälern und Spezialärzten/Spezialärztinnen beizulegen oder diese genau zu bezeichnen, damit sie die IV-Stelle selbst anfordern kann. Hierfür dankt er im Voraus. Originalberichte werden nach Einsichtnahme zurückgesandt.

Ort und Datum Unterschrift des Arztes / der Ärztin

[Mandant.Ort], [Datum.Heute]

………………………………………..

**[Mandant.Titel] [Mandant.Vorname] [Mandant.Name]**

Facharzt für [Mandant.TarmedSpezialität]

[Mandant.Strasse]

[Mandant.Plz] [Mandant.Ort]

[Mandant.E-Mail]

Tel. [Mandant.Telefon1]