**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]

**Beiblatt zu Verlaufsbericht**

**Für die Beurteilung der Eingliederungsfähigkeit und des Rentenanspruches bitten wir Sie um Stellungnahme:**

**A. Fragen zur bisherigen Tätigkeit**

1. **Wie wirkt sich die gesundheitliche Störung bei der bisherigen Tätigkeit aus?**

1. **Ist die bisherige Tätigkeit noch zumutbar?**

ja  nein

**Wenn ja, in welchem zeitlichen Rahmen? (Stunden pro Tag)**

1. **Besteht dabei eine verminderte Leistungsfähigkeit?**

ja  nein

**Wenn ja, in welchem Ausmass?**

**B. Fragen zur möglichen Wiedereingliederung**

1. **Kann die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz bzw. im bisherigen Tätigkeitsbereich verbessert werden?**

ja  nein

1. **Wenn ja, mit welchen zumutbaren Massnahmen (z.B. medizinische Massnahmen, Hilfsmittel, Umgestaltung des Arbeitsplatzes, etc.)?**

1. **Wie wirken sich diese Massnahmen auf die Arbeitsfähigkeit aus ?**

1. **Sind der versicherten Person andere Tätigkeiten zumutbar?**

ja  nein

1. **Wenn ja, welcher Art könnten diese Tätigkeiten sein?**

**Was wäre dabei besonders zu beachten?**

1. **Besteht in diesem zeitlichen Rahmen eine verminderte Leistungsfähigkeit?**

ja  nein

1. **Wenn keine anderen Tätigkeiten mehr zumutbar sind, wie lässt sich dies begründen?**

**C. Vorschläge, weitere Fragen**