**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]

**Ärztlicher Verlaufsbericht**

Sachbearbeitung:       Telefon:       Luzern,

**Bitte mit Schreibmaschine ausfüllen und innert 30 Tagen an die IV-Stelle zurücksenden.**

1. **Gesundheitszustand seither:**

stationär  verschlechtert  verbessert

1. **Änderung der Diagnose?**

ja  nein

**Welche haben Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit?**

**Seit wann und in welchem Ausmass?**

1. **Verlauf/ veränderte Befunde:**

1. **Therapeutische Massnahmen/ Prognose:**

1. **Sind neu berufliche Massnahmen angezeigt?**

ja  nein

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

ja  nein

**Wenn ja, seit wann?**

1. **Halten Sie eine medizinische Abklärung für angezeigt?**

ja  nein

1. **Datum der letzten ärztlichen Kontrolle:**

1. **Beilagen:** wir bitten Sie, neue in der Zwischenzeit eingetroffene 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.

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]