Psychologischer Bericht:

Berufliche Integration/Rente

|  |
| --- |
| E-Mail: Invalidenversicherung@sva-ag.ch  Öffnungszeiten: Montag-Freitag 08.00 - 17.00 Uhr |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: |  |
| Zuständig: |  |
| Telefon: |  |
| Versicherten-Nr: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Versicherte/r: |  |

Verfahrensstand / Berufliche Situation

|  |
| --- |
|  |

Guten Tag

Ihre Patientin bzw. Ihr Patient hat gesundheitliche Einschränkungen, die zu einer IV-Anmeldung führten. Für die rasche Prüfung benötigt die IV-Stelle Ihre kompetente Unterstützung.

Wir bitten Sie deshalb, den beiliegenden Fragebogen zu beantworten, soweit Ihnen dies von Ihrem Fachgebiet und Ihrem Patientendossier her möglich ist. Wenn deswegen einzelne Punkte offen gelassen werden, haben wir durchaus Verständnis. Legen Sie bitte Kopien von bereits vorliegenden Berichten bei.

**Hinweis:** Ihre Patientin oder Ihr Patient ermächtigt Sie gemäss Art. 6a IVG alle Auskünfte und Unterlagen, wozu auch Klink-, Spital- oder Austrittberichte zu zählen sind, zur Verfügung zu stellen. D.h. Sie müssen der IV-Stelle auch alle im Patientendossier enthaltenen Berichte von anderen Stellen zustellen.

Bei dieser Gelegenheit weisen wir Sie auf Folgendes hin:

* Erhalten Sie die Formulare der IV-Stelle Aargau lieber elektronisch?

Senden Sie uns bitte Ihre HIN-Mailadresse mit entsprechendem Hinweis an: [IV-Adressverwaltung@sva-ag.ch](mailto:IV-Adressverwaltung@sva-ag.ch).

* Auf [www.iv-pro-medico.ch](http://www.iv-pro-medico.ch/) finden Sie interessante Informationen zur Zusammenarbeit mit der Invalidenversicherung.
* Die Abrechnung kann gem. Tarifvertrag MTK und den drei Berufsverbände FSP, ASP und SBAP erfolgen.

**Kontakt**

Haben Sie Fragen zum Stand der Abklärungen? Dann rufen Sie auf die oben aufgeführte Telefonnummer an.

Falls wir Sie anrufen wollen: Wann können wir Sie unter welcher Nummer erreichen?

Telefonnummer Zeitfenster

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

Wir danken Ihnen und grüssen Sie freundlich.

**SVA Aargau**

**IV-Stelle Aargau**

Psychologischer Bericht

Beruf:

1. Medizinische Situation

1.1

Ursache der Arbeitsunfähigkeit

Krankheit  Unfall  Mutterschaft  unklar

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Bei psychiatrischen Erkrankungen bitte ICD 10- oder DSM-V-Codes angeben

Bestehend seit wann?

|  |
| --- |
|  |

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Bestehend seit wann?

|  |
| --- |
|  |

1.2

Die ambulante Behandlung durch Sie erfolgte

vom bis

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

Datum Ihrer letzten Kontrolle

|  |
| --- |
|  |

Frühere Behandlungen erfolgten durch

|  |
| --- |
|  |

1.3

Fand eine stationäre Behandlung/Kur statt?

ja  nein

Falls ja, wo?

|  |
| --- |
|  |

Eintrittsdatum Entlassungsdatum

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

1.4

Anamnese (chronologischer Verlauf, bisherige Therapie)

|  |
| --- |
|  |

Aktuelle Symptome und Befunde

|  |
| --- |
|  |

Prognose

|  |
| --- |
|  |

1.5

Art und Umfang der gegenwärtigen Behandlung

|  |
| --- |
|  |

Aktuelle Medikation (einschl. Dosis?)

|  |
| --- |
|  |

Empfehlungen für die zukünftige Therapie

|  |
| --- |
|  |

1.6

Psychologisch begründete Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20% für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit:

% von bis

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

Wer attestiert die Arbeitsunfähigkeit?

|  |
| --- |
|  |

1. Berufliche Situation
   1. Fragen zur bisherigen Tätigkeit

Welche körperlichen, geistigen, psychischen Einschränkungen bestehen?

|  |
| --- |
|  |

Wie wirken sie sich bei der Arbeit aus?

|  |
| --- |
|  |

Ist die bisherige Tätigkeit aus psychologischer Sicht noch zumutbar?

ja  nein

In welchem zeitlichen Rahmen?

|  |
| --- |
|  |

Besteht dabei eine verminderte Leistungsfähigkeit?

ja  nein

Wenn ja, warum und in welchem Ausmass?

|  |
| --- |
|  |

In welchem Umfang (Stunden pro Tag) und seit wann wäre eine behinderungsangepasste Tätigkeit aus psychologischer Sicht möglich? Welches wäre das Belastungsprofil?

|  |
| --- |
|  |

2.2 Fragen zu möglichen Eingliederungsmassnahmen

Lassen sich die Einschränkungen durch psychotherapeutische Massnahmen verhindern?

ja  nein

Wenn ja, mit welchen?

|  |
| --- |
|  |

Wie wirken sich diese Massnahmen aus psychologischer Sicht auf die Arbeitsfähigkeit aus?

|  |
| --- |
|  |

Kann aus psychologischer Sicht mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. Erhöhung der Einsatzfähigkeit gerechnet werden?

ja  nein

Wenn ja, ab wann und in welchem Umfang?

|  |
| --- |
|  |

1. Diverses

Zusatzinformationen, Ergänzungen und Vorschläge

|  |
| --- |
|  |

1. Unterschrift

Vorname, Name, genaue Adresse (Praxis/Abteilung) und Unterschrift des Psychologen / der Psychologin (elektronisches Visum genügt)

|  |
| --- |
|  |

1. 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.