

# **Verlaufsbericht zur Revision der Leistungen bei Erwachsenen**

Datum:  
Zuständig:  
Direktwahl:  
Versicherten-Nr:

Versicherte:

## **Verlaufsbericht zur Revision der Leistungen bei Erwachsenen für die Zeit ab:**

Für die Beurteilung der zumutbaren Arbeits- und Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist die IV-Stelle auf Ihre Unterstützung angewiesen. Wir bitten Sie höflichst, die nachfolgenden Fragen mit PC zu beantworten und innert 30 Tagen an die IV-Stelle zurückzusenden.

Weiter bitten wir Sie, neue in der Zwischenzeit eingetroffene Berichte von Spitalern und Spezialärzt(inn)en zuhanden unseres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) beizulegen oder uns mitzuteilen, wo wir diese anfordern können.

Fragen/Bemerkungen:

**Bitte beachten Sie, sofern vorhanden, auch die Fragen auf den Beiblättern.**

- 
1. Hat sich der Gesundheitszustand seit obgenanntem Datum verändert (verbessert oder verschlechtert)? Wurden weitere Abklärungen veranlasst?

2. Falls ja, beschreiben Sie bitte, welche Befunde oder Funktionsstörungen sich in welchem Zeitraum/Zeitpunkt und welcher Ausprägung geändert haben.

3. Welche Diagnosen haben einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit? Änderungen der Diagnose?

4. Weitere Diagnosen?

5. Angabe aktueller somatischer Befunde / Angaben des aktuellen Psychostatus:

6. Haben die Beschwerden eine nachweisbare, organische Ursache? Kann die Pathogenese und Ätiologie der vorliegenden Gesundheitsstörungen schlüssig und medizinisch nachvollziehbar erklärt werden?

7. Aktuelle Behandlung(en)? Datum der letzten Konsultation?

8. Medikation mit Dosierungsangaben, seit wann verschrieben?

Name	Dosierung	seit wann

9. Sind in nächster Zukunft weitere Abklärungen, Behandlungen bzw. Operationen vorgesehen? Wenn ja, wo und wann? Prognose?

10. Halten Sie eine ergänzende medizinische Abklärung für angezeigt? Falls ja, welche?

Bemerkungen?

11. Möchten Sie uns noch etwas mitteilen, was für die Beurteilung wichtig wäre, aber von uns nicht gefragt wurde?

---

Wir bedanken uns für Ihre Informationen.

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin

**Beilagen:**

## Beiblatt zu Arztbericht vom

Empfänger:

Versicherter:

Tätigkeit:

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

### A. Fragen zur bisherigen Tätigkeit

1. Ist die bisherige Tätigkeit noch/wieder zumutbar? Ja Nein  
Wenn ja, in welchem zeitlichen Rahmen (Stunden pro Tag) und seit wann?

Besteht dabei eine verminderte Leistungsfähigkeit? Ja Nein  
Wenn ja, in welchem Ausmass?

### B. Fragen zu möglichen Eingliederungsmassnahmen

1. Sind der versicherten Person andere Tätigkeiten zumutbar? Ja Nein  
Falls nein, bitten wir um Begründung.

Wenn ja, welcher Art könnten diese Tätigkeiten sein?

Was wäre dabei besonders zu beachten?

In welchem zeitlichen Rahmen und seit wann sind diese Tätigkeiten zumutbar (Stunden pro Tag)?

2. Besteht in diesem zeitlichen Rahmen eine verminderte Leistungsfähigkeit?      Ja      Nein

Wenn ja, in welchem Ausmass?