

# Verlaufsbericht zur Revision der Leistungen bei Jugendlichen



**IV-Stelle**  
Bahnhofplatz 3c  
5001 Aarau  
Telefon 062 836 81 81  
Fax 062 836 84 99  
Internet [www.sva-ag.ch](http://www.sva-ag.ch)

Datum:  
Zuständig:  
Direktwahl:  
Versicherten-Nr:

Adresse der  
versicherten Person:

Verlaufsbericht für Personen bis zum vollendeten 20. Altersjahr für die Zeit ab:

Fragen/Bemerkungen:

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

---

1. Verlauf, veränderte Befunde, allfällige neue Diagnosen (bei Geburtsgebrechen bitte GgV-Ziffer angeben):

2. Behandlungsplan (Beginn / Dauer) / Prognose:

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

Ja

Nein

Wenn ja, seit wann?

---

Versichertennummer :  
Versichertenname :

4. Hat sich der behinderungsbedingte Mehraufwand an Hilfeleistung und persönlicher Überwachung - im Vergleich zu einem Nichtbehinderten gleichen Alters - geändert?  Ja  Nein

Wenn ja, inwiefern? Seit wann?

5. Haben Sie therapeutische Massnahmen in Hauspflege verordnet ?  Ja  Nein

Wenn ja: Welche? Wie oft und wie lange, durch wen? Seit wann?

6. Datum der letzten ärztlichen Kontrolle:

## 7. 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.

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin