

**Invalidenversicherung**

Bahnhofplatz 3C

5001 Aarau

www.sva-ag.ch

Arztbericht Psychiatrie:

Berufliche Integration/Rente

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

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

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Versicherter: |       |
|  |  |

Verfahrensstand / Berufliche Situation

|  |
| --- |
|  |

Guten Tag

Ihre Patientin, Ihr Patient hat gesundheitliche Einschränkungen, die zu einer IV-Anmeldung geführt haben. 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. Sie können das Formular auch auf unserer Website herunterladen ([www.sva-ag.ch/downloads](http://www.sva-ag.ch/downloads) (Formulare und Ärzte ankreuzen)).
* Auf [www.iv-pro-medico.ch](http://www.iv-pro-medico.ch/) finden Sie interessante Informationen zur Zusammenarbeit mit der Invalidenversicherung.
* Den Arztbericht und Gespräche mit uns können Sie nach Tarmed abrechnen.

**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

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

Bei medizinischen Fragen wenden Sie sich bitte an die Hotline unseres Regional Ärztlichen Dienstes, Tel. 062 837 85 80.

Wir danken Ihnen und grüssen Sie freundlich.

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

1. Allgemeine Angaben

1.1

Die ambulante Behandlung durch Sie erfolgte

vom bis

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

Datum Ihrer letzten Kontrolle

|  |
| --- |
|       |

Gab es stationäre oder teilstationäre Aufenthalte? Wenn ja, wo?

|  |
| --- |
|       |

1.2

Aktuelle Behandlungsfrequenz? Gibt es weitere Behandler/Behandlerinnen (z.B. Psychiatrie-Spitex, psychologische Psychotherapie etc.)

|  |
| --- |
|       |

1.3

Wie sieht der Verlauf der bisher attestierten Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte/angestammte Tätigkeit aus (in Prozent)?

% von bis

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

1. Medizinische Situation

2.1

Psychiatrische Anamnese

|  |
| --- |
|       |

2.2

Tagesablauf/Aktivitäten (Freizeitgestaltung, Ferienreisen, benötigte Hilfen in Haushalt und Alltag, Benutzung von Verkehrsmitteln etc.)

|  |
| --- |
|       |

2.3

Aktueller psychopathologischer Befund nach AMDP

|  |
| --- |
|       |

2.4

Welche konkreten funktionellen Einschränkungen resultieren aus den obenerwähnten Befunden und wie wirken sich diese auf die bisherige Tätigkeit aus?

|  |
| --- |
|       |

2.5

Aktuelle Medikation einschliesslich Dosis. Sofern vorhanden, bitte den aktuellen Serumspiegel beilegen.

|  |
| --- |
|       |

2.6

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

(Bitte ICD-10-Codes angeben)

Wann wurden welche Diagnosen gestellt?

|  |
| --- |
|       |

2.7

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

(Bitte ICD-10-Codes angeben.)

Wann wurden welche Diagnosen gestellt?

|  |
| --- |
|       |

2.8

Geplantes Procedere (Therapieoptionen (stationär, medikamentös etc.), operative Eingriffe)

|  |
| --- |
|       |

2.9

Prognose (in Bezug auf die Eingliederung/Arbeitsfähigkeit) ?

|  |
| --- |
|       |

2.10

Gibt es Zweifel an der Fahreignung? Wenn ja, welche?

|  |
| --- |
|       |

1. Eingliederung

3.1 Ressourcen

Hat Ihr Patient, Ihre Patientin Ressourcen, die für eine Eingliederung hilfreich sein können?

(Zum Beispiel: Sprachkenntnisse / Weiterbildungen / ehrenamtliche Tätigkeiten / Hobbies / Sozialkontakte / Reisen)

|  |
| --- |
|       |

[ ]  Kann ich nicht beantworten

1. Ergänzende Fragen

|  |
| --- |
| Keine      |

1. Diverses

Was wäre für die Beurteilung des Falles ausserdem wichtig? Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

|  |
| --- |
|       |

Datum

|  |
| --- |
|       |

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

|  |
| --- |
|       |

Beilagen

|  |
| --- |
|       |

**Hinweis: Bitte legen Sie Kopien von bereits vorliegenden Berichten bei.**