

# Arztbericht erstmalige berufliche Ausbildung

Versicherte Person (Vorname, Name)

Geburtsdatum

Versichertennummer

## 1. Allgemeine Angaben

### > 1.1

Aktuelle Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit  
Bitte zusätzlich ICD 10- oder DSM-IV-Codes angeben  
Bestehend seit wann und in welchem Ausmass?

---

---

---

---

---

---

## 2. Ressourcenprofil für berufliche Tätigkeit

kann ich nicht beantworten

### > 2.1

Zeitlicher Umfang  
Welche Tätigkeiten sind möglich? In welchem zeitlichen Umfang (in Std./Tag)?

---

Welche Tätigkeiten sind nicht möglich?

---

Verminderung der Leistungsfähigkeit?

ja  nein

Wenn ja, in welchem Umfang?

---

### > 2.2

#### Somatischer Teil

(Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennungen möglich)

#### Folgende Arbeiten können verrichtet werden

##### Körperliche Arbeitsschwere

schwere Arbeiten  mittelschwere  leichte bis mittelschwere (bis 15kg)  leicht (bis 10kg)

##### Arbeitshaltung

im Stehen  ständig  überwiegend  zeitweise  
im Gehen  ständig  überwiegend  zeitweise  
im Sitzen  ständig  überwiegend  zeitweise

##### Arbeitsorganisation

Tagschicht  Früh-/Spätschicht  Nachtschicht

### Einschränkungen

Hören	<input type="checkbox"/>	leicht	<input type="checkbox"/>	mittel	<input type="checkbox"/>	stark eingeschränkt
Sehen	<input type="checkbox"/>	leicht	<input type="checkbox"/>	mittel	<input type="checkbox"/>	stark eingeschränkt
Manuelles Geschick	<input type="checkbox"/>	leicht	<input type="checkbox"/>	mittel	<input type="checkbox"/>	stark eingeschränkt
Kraft der Hände	<input type="checkbox"/>	leicht	<input type="checkbox"/>	mittel	<input type="checkbox"/>	stark eingeschränkt
Gang- u. Standsicherheit	<input type="checkbox"/>	leicht	<input type="checkbox"/>	mittel	<input type="checkbox"/>	stark eingeschränkt
Koordination	<input type="checkbox"/>	leicht	<input type="checkbox"/>	mittel	<input type="checkbox"/>	stark eingeschränkt

## > 2.3

### Psychiatrischer Teil Fähigkeiten

	Einschränkung			
	keine	leicht	mittel	schwer
Anpassung an Regeln und Routinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planung und Strukturierung von Aufgaben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flexibilität und Umstellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anwendung fachlicher Kompetenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchhaltefähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstbehauptungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gruppenfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontaktfähigkeit zu Dritten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spontan-Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fahrtauglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auffassung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merkfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belastbarkeit im Alltag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belastbarkeit im Beruf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 3. Angaben zur Behandlung

### > 3.1

Gegenwärtige Behandlung und Verlauf  
In Behandlung bei Ihnen seit?

---

Rhythmus?

---

Letzte Kontrolle am?

---

### > 3.2

Aktuelle Medikation (einschl. Dosis)?

keine

Welche?

---

---

### > 3.3

Prognose

---

---

> **3.4**

Liste aller aktuellen Behandlerinnen, Behandler mit Fachrichtung und Adresse

---

---

---

## 4. Arbeitsfähigkeit

> **4.1**

Kann die Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen verbessert werden?

ja  nein

Wenn ja, durch welche?

---

> **4.2**

Bestehen Faktoren (in der Schule, in der Familie, etc.), welche die Krankheit aufrechterhalten?

ja  nein

Wenn ja, in welchem Umfang? (siehe auch Punkt 2)

---

## 5. Unterschrift

Vorname, Name, Datum und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

---

Genaue Adresse (Praxis/Abteilung)

---

Telefonnummer für Rückfragen und allenfalls Zeiten guter Erreichbarkeit

---

## 6. Wichtige Informationen

Zur Verrechnung dieses Fragebogens ist die TarMed Position 00.2205 (Verlaufsbericht IV) zu verwenden. Die dafür benötigte Konsultation und Untersuchung können Sie uns zusätzlich nach Tarif in Rechnung stellen.

Weitere Informationen zur Zusammenarbeit mit den IV-Stellen finden Sie auf der Homepage [www.iv-pro-medico.ch](http://www.iv-pro-medico.ch)

## 7. Beilagen

Wir bitten Sie, spezialärztliche Berichte zuhanden unseres ärztlichen Dienstes beizulegen oder diese genau zu bezeichnen, damit wir sie selbst anfordern können. Originalberichte werden nach Einsichtnahme zurückgesandt.

---