|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Verlaufsbericht für Personen****bis zum vollendeten 20. Altersjahr** |  | **Sozialversicherungsanstalt****des Kantons Graubünden****IV-Stelle****Postfach****7001 Chur** |
|  |  |  |
|  |  | Ottostrasse 24Postfach7001 ChurTelefon 081 257 41 11Fax 081 257 42 22www.sva.gr.ch |

Formular zur Aktualisierung des Dossiers
für Personen bis zum vollendeten 20. Altersjahr

Guten Tag

Wir bitten Sie, das Verlaufsbericht-Formular innert Monatsfrist zurücksenden. Sie können dieses Formular auch von unserer Webseite herunterladen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Wir grüssen Sie freundlich

IV-Stelle

des Kantons Graubünden

|  |  |
| --- | --- |
| Verlaufsbericht für Personenbis zum vollendeten 20. Altersjahr: Versanddatum:       | 001 / 120 |
| Vorname, Name der versicherten Person      | Geburtsdatum      | AHV-Nummer       |
| Name und Adresse des Arztes/der Ärztin      |

Verlaufsbericht für die Zeit ab: x--DATUM--x

[ ]  Bitte beantworten Sie auch die Fragen auf dem Beiblatt

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

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

1. Behandlungsplan (Beginn / Dauer) Prognose:

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

1. Wirkt sich der Gesundheitszustand auf den Schulbesuch oder die berufliche

Ausbildung aus? [ ]  Ja [ ]  Nein

Wenn ja, seit wann?

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

1. 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?

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

1. Datum der letzten ärztlichen Kontrolle

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

1. 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.

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

|  |  |
| --- | --- |
| Ort und Datum | Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin |
|       |       |