|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Verlaufsbericht zur Aktualisierung des Dossiers bei Erwachsenen** |  | **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 bei Erwachsenen

Guten Tag

Bitte füllen Sie das beiliegende Formular elektronisch oder von Hand aus. Für eine Retournierung innert 30 Tagen danken wir Ihnen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Wir grüssen Sie freundlich

IV-Stelle

des Kantons Graubünden

|  |  |
| --- | --- |
| Verlaufsbericht zur Aktualisierungdes Dossiers bei Erwachsenen: Versanddatum:       | 001 / 120 |
| Vorname, Name der versicherten Person      | Geburtsdatum      | AHV-Nummer       |
| Name und Adresse des Arztes/der Ärztin      |

Verlaufsbericht für die Zeit ab:

[ ]  Beantworten Sie bitte auch die zusätzlichen Fragen auf dem Beiblatt.

1. Gesundheitszustand seither [ ]  stationär [ ]  verschlechtert [ ]  verbessert
2. Änderung der Diagnose? [ ]  Ja [ ]  Nein

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

Welche haben einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit?

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

Seit wann und in welchem Ausmass?

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

1. Verlauf / veränderte Befunde:

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

1. Therapeutische Massnahmen / Prognose:

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

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 |
|       |       |