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