|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Verlaufsbericht  Rentenrevision IVS GR** |  | **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 | |

**Verlaufsbericht-Formular Rentenrevision IVS GR**

Guten Tag

Ihre Patientin, Ihr Patient bezieht eine Rente. Für die Bearbeitung der Rentenrevision inklusive Prüfung der Möglichkeiten einer beruflichen Wiedereingliederung benötigt die IV-Stelle Ihre kompetente Unterstützung.

Wir bitten Sie deshalb, unsere Fragen zu beantworten, soweit Ihnen dies von Ihrem Fachgebiet und Ihrem Patientendossier her möglich ist. Wenn einzelne Punkte offengelassen werden, haben wir durchaus Verständnis. Falls Sie über keine aktuellen Informationen verfügen, können Sie Ihren Patienten auch aufbieten. Bei zusätzlicher Diagnostik bitten wir um Beschränkung auf das Notwendige.

Sie können das beiliegende Formular auch von unserer Website herunterladen. Im zugesandten Formular können unter Ziffer 8 fallspezifische Fragen enthalten sein. Bitte beachten Sie, dass diese Fragen in der heruntergeladenen Version des Formulars nicht enthalten sind. Wir bitten Sie, die Fragen unter Ziffer 8 zu beantworten.

Bitte füllen Sie das Verlaufsbericht-Formular elektronisch oder von Hand aus und senden Sie es danach so rasch als möglich zurück. Sie können Ihren Aufwand für den Verlaufsbericht unter der TARMED-Tarifziffer 00.2230, sowie für zusätzliche Diagnostik unter den üblichen TARMED-Tarifziffern abrechnen. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Wir grüssen Sie freundlich

IV-Stelle

des Kantons Graubünden

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Verlaufsbericht: Rentenrevision IVS GR:  Versanddatum: | | | | 001 / 120 |
| Vorname, Name der versicherten Person | Geburtsdatum | AHV-Nummer | | |
| Name und Adresse des Arztes/der Ärztin | | | |

Die versicherte Person bezieht aufgrund der Verfügung vom DATUM eine IV-Rente bei einer verbliebenen Arbeitsfähigkeit von ZAHL% in behinderungsangepasster Tätigkeit.

1. **Grundsätzliche Einschätzung**

Gesundheitszustand seit der letzten Verfügung?

stationär  verschlechtert  verbessert

Bei Ihnen in Behandlung seit?

Datum der letzten Konsultation?

Ungefähre Frequenz der Konsultationen?

1. **Diagnosen**

Diagnosen **mit** Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Bei psychiatrischen Erkrankungen bitte ICD 10- oder DSM-IV-Codes angeben

Beschreibung, bestehend seit wann?

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

Diagnosen **ohne** Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (auch Hinweise auf Suchterkrankungen)

Beschreibung, bestehend seit wann?

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

Haben sich die Diagnosen seit der letzten Verfügung geändert oder sind neue dazugekommen?

ja  nein

Beschreibung der veränderten/neuen Diagnosen

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

Seit wann bestehend?

|  |
| --- |
|  |
|  |

1. **Verlauf und aktuelle Befunde**

Beschreibung des Verlaufs

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

Objektive Befunde (körperlich, aktueller psychopathologischer Befund, apparative Diagnostik etc.)

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

Auswirkungen der Befunde auf die Arbeitsfähigkeit und den Alltag

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

Angaben zu sozialen Aktivitäten (beispielsweise Kontakte, Reisen, Hobbies, Sport, Ehrenämter,

Aufgaben in der Familie, Tagesablauf)

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

1. **Therapie und Prognose**

Art und Umfang der gegenwärtigen Behandlung

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

Aktuelle Medikation einschliesslich Dosis

keine

Welche?

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

Bestehen unausgeschöpfte therapeutische Möglichkeiten, womit die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person gesteigert respektive die Eingliederungsfähigkeit verbessert werden könnten? Wenn ja, welche?

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

Geplante Abklärungen/Therapien

Welche? Wann?

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

Bei wem ist die versicherte Person gegebenenfalls zusätzlich in Behandlung?

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

Prognose

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

1. **Arbeitsfähigkeit / Eingliederungsfähigkeit**

Die aktuelle IV-Rente basiert auf einer **Arbeitsfähigkeit von** ZAHL% in behinderungsangepasster Tätigkeit.

* 1. **Wenn eine Änderung seit der letzten Verfügung eingetreten ist, bitte die nachfolgenden Fragen**

**beantworten:**

In welchem Umfang (Stunden pro Tag) und seit wann ist eine behinderungsangepasste Tätigkeit möglich?

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

Mit welchem Belastungsprofil?

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

Besteht dabei eine verminderte Leistungsfähigkeit?

ja  nein

Wenn ja, warum?

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

Wenn ja, in welchem Ausmass?

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

Handelt es sich dabei um eine

andauernde Veränderung

vorübergehende Veränderung:      % von       bis

     % von       bis

     % von       bis

**5.2 Wie schätzen Sie die Möglichkeiten einer IV-unterstützten beruflichen Wiedereingliederung respektive einer Steigerung des Arbeitspensums ein?**

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

Welche Besonderheiten sind dabei aus Ihrer Sicht konkret zu beachten (beispielsweise schrittweise

Steigerung der Belastung, ruhiger Arbeitsplatz)?

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

Auf welches Arbeitspensum wäre die Arbeitsfähigkeit aus Ihrer Sicht steigerbar?

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

Bestehen Einschränkungen der Fahrtauglichkeit?

ja  nein

Wenn ja, welche?

|  |
| --- |
|  |
|  |

1. **Hilfsbedürftigkeit**

Ist die versicherte Person bei den alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig und in erheblichem   
Masse auf Hilfe von Drittpersonen angewiesen?  
 ja  nein  
  
Wenn ja, wobei, warum und seit wann?

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

1. **Weitere Abklärungen**

Halten Sie eine ergänzende medizinische Abklärung für angezeigt?  
 ja  nein

Wenn ja, bitte Beschreibung der erforderlichen Abklärung

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

1. **Fallspezifische Fragen der IV-Stelle**

x-- Keine--x

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

1. **Bemerkungen des Arztes/der Ärztin**

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

**10 Unterschrift**

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

|  |
| --- |
|  |
|  |

Genaue Adresse (Praxis/Abteilung)

|  |
| --- |
|  |
|  |

1. **Beilagen**

Wir bitten Sie, Kopien der Berichte von Spitälern und Spezialärzten/Spezialärztinnen beizulegen oderdiese genau zu bezeichnen, damit wir sie selbst anfordern können.

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