|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Beiblatt zum Arztbericht** |  | **Sozialversicherungsanstalt****des Kantons Graubünden****IV-Stelle****Postfach****7001 Chur** |
|  |  |  |
|  |  | Ottostrasse 24Postfach7001 ChurTelefon 081 257 41 11Fax 081 257 42 22www.sva.gr.ch |

Beiblatt zum Arztbericht

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

|  |  |
| --- | --- |
| Beiblattzum Arztbericht: Versanddatum:       | 001 / 120 |
| Vorname, Name der versicherten Person      | Geburtsdatum      | AHV-Nummer       |
| Name und Adresse des Arztes/der Ärztin      |

Für die Beurteilung der Eingliederungsfähigkeit und des Rentenanspruches bitten wir Sie um Stellungnahme:

1. Fragen zur bisherigen Tätigkeit

* 1. Wie wirkt sich die gesundheitliche Störung bei der bisherigen Tätigkeit aus?

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

1.2. Ist die bisherige Tätigkeit noch zumutbar? [ ]  Ja [ ]  Nein

Wenn ja, in welchem zeitlichen Rahmen (Stunden pro Tag)

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

1.3 Besteht dabei eine verminderte Leistungsfähigkeit? [ ]  Ja [ ]  Nein

Wenn ja, in welchem Ausmass?

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

2. Fragen zu möglichen Eingliederungsmassnahmen

2.1. Kann die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz bzw. im

bisherigen Tätigkeitsbereich verbessert werden? [ ]  Ja [ ]  Nein

2.1.1 Wenn ja, mit welchen zumutbaren Massnahmen (z.B. medizinische

Massnahmen, Hlifsmittel, Umgestaltung des Arbeitsplatzes, etc.)?

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

Wie wirken sich diese Massnahmen auf die Arbeitsfähigkeit aus?

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

2.2. Sind der versicherten Person andere Tätigkeiten zumutbar? [ ]  Ja [ ]  Nein

2.2.1. Wenn ja, welcher Art könnten diese Tätigkeiten sein?

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

Was wäre dabei besonders zu beachten?

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

In welchem zeitlichen Rahmen sind diese Tätigkeiten zumutbar

(Stunden pro Tag)?

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

* + 1. Besteht in diesem zeitlichen Rahmen eine verminderte

Leistungsfähigkeit? [ ]  Ja [ ]  Nein

Wenn ja, in welchem Ausmass?

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

* + 1. Wenn keine anderen Tätigkeiten mehr zumutbar sind, wie lässt sich dies begründen?

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

1. Vorschläge, weitere Fragen

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

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