001/190

|  |
| --- |
|  |
| **Eidgenössische Invalidenversicherung IV** **Gliederung der neuropsychologischen Abklärung** **(Erstmalige berufliche Ausbildung)** **und versicherungsmedizinischer Fragenkatalog** |
| **Name, Vorname der versicherten Person** | **AHV-Nummer** |  **Geburtsdatum** |
| Name und Vorname | AHV-Nummer | Geburtsdatum |
| **Exemplar für:** |  |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |  |

**Informationen zum Auftrag**

x--Hierhin gehören die "Informationen zum Auftrag" gemäss Angaben des RAD im Case Report --x

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1. **Ausgangslage und Formelles**
	1. **Abwicklung des Abklärungsauftrages (Auftragsdatum, Explorationsdaten, Untersuchungsdauer, Dolmetscher, etc.)**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. **Anlass der Abklärung**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. **Grundlagen für die Abklärung**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1. **Aktenauszug**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1. **Untersuchung**
	1. **Anamnese**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + 1. Jetziges Leiden, aktuelle subjektive Beschwerden und Funktionseinschränkungen

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + 1. Krankheitsentwicklung, Entwicklung und Verlauf der kognitiven Funktionsdefizite

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + 1. Bisherige Behandlungen, inklusive Medikation und Therapieergebnisse

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + 1. Biographische Anamnese

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + 1. Ausbildungs- und Arbeitsanamnese

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + - 1. Schulischer und beruflicher Werdegang

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + - 1. Gegebenenfalls letzter Arbeitsplatz inklusive detaillierter Tätigkeitsbeschreibung

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + - 1. Gegebenenfalls subjektive Angaben der versicherten Person zu den konkreten krankheitsbedingten Einschränkungen am letzten Arbeitsplatz

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + 1. Sozialanamnese

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + 1. Detaillierter Tagesablauf, Freizeitgestaltung, Hobbies

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + 1. Suchtstoffanamnese

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + 1. Selbsteinschätzung der versicherten Person in Bezug auf Diagnose, Krankheitskonzept, Arbeitsfähigkeit und Wiedereingliederung

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. **Objektive Befunde**
		1. Verhaltensbeobachtung, äussere Erscheinung

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + 1. Psychopathologischer Status

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + 1. Allgemeines Verhalten

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + 1. Durchgeführte Testverfahren

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + 1. Befunde

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + - 1. Allgemeine kognitive Leistungsfähigkeit

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + - 1. Aufmerksamkeit/Konzentrationsfähigkeit

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + - 1. Informationsaufnahme

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + - 1. Lernen und Gedächtnis

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + - 1. Exekutive Funktionen

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + - 1. Verarbeitungsgeschwindigkeit

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + - 1. Gegebenenfalls weitere Befunde (z.B. Zahlenverarbeitung/Sprache)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + - 1. Stellungnahme zu Leistungsmotivation und Testverhalten

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1. **Gegebenenfalls Angaben von Drittpersonen**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1. **Beurteilung**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. **Beurteilung und Einordnung der Beschwerden und Befunde**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. **Bitte gegebenenfalls die Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf Funktionen und Partizipation im Ausbildungs- und Arbeitsprozess, in der Familie und in der Freizeit, sowie das mögliche Belastungs- und Ressourcenprofil genau beschreiben.**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. **Besteht aus Ihrer Sicht ein Gesundheitsschaden mit Krankheitswert, der eine länger dauernde oder bleibende Einschränkung der Ausbildungs- resp. Arbeitsfähigkeit begründet? Gegebenenfalls Art und Schweregrad desselben?**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. **Wie schätzen Sie die Fähigkeit der versicherten Person ein, soziale Normen altersentsprechend zu erfüllen? Welche Abweichungen in der altersentsprechenden Norm zeigt die versicherte Person?**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. **Wie schätzen Sie die Fähigkeit der versicherten Person ein bezüglich Affektivität, Kommunikation, Eingehen und Aufbau sozialer Kontakte und Bindungen, Übernahme von Verantwortung, Selbstständigkeit, persönliche Unabhängigkeit?**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. **Welche besonderen Faktoren sind im Zusammenhang mit der Berufswahl resp. der beruflichen Ausbildung zu beachten?**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. **Bestehen unausgeschöpfte therapeutische Optionen, die die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person wesentlich zu steigern vermögen? Welche? Mit welchen konkreten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und in welchem Zeitraum? Prognose?**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. **Kann die versicherte Person aus Ihrer Sicht in der freien Wirtschaft eine Ausbildung bestehen? Wenn nein, welche konkreten Befunde begründen diese Einschränkung?**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. **Benötigt die versicherte Person aus Ihrer Sicht während der Ausbildung betreutes Wohnen (betreute WG oder Internat)? Bitte gegebenenfalls eingehend begründen.**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. **Bitte um Stellungnahme zu den diagnostischen und arbeitsmedizinischen Einschätzungen in den Vorakten und um eingehende Begründung der eigenen Einschätzung.**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. **Zusatzfragen der IV-Stelle**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. **Zusatzfragen von Verfahrensbeteiligten**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. **Zusatzfragen der versicherten Person**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1. **Bemerkungen**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.