Zur Person

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Versicherte Person (Vorname, Name) |  | Geburtsdatum |  | AHV-Nummer |
|  |  |  |
|  |  |       |  |       |  |       |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | Ergänzende Fragen      |
|  |
|  |  |  |

Zuweisungsgrund

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  Wer hat Ihnen das Kind zugewiesen? |
|  |
|  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Aus welchen Gründen (Schulprobleme, Verhaltensauffälligkeiten)? |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Wie zeigt sich das Kind Ihnen gegenüber? |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  Anamnese |
|  |
|  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Bestehen psychosoziale Belastungsfaktoren? | [ ]  ja | [ ]  nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Wenn ja, welche? |
|  |
|  |  |       |
|  |  |   |

Intelligenzquotient

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  Wer hat die IQ-Bestimmung durchgeführt? Wann? |
|  |
|  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Verfahren? |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Resultat? |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Anderes Verfahren zur Intelligenzbeurteilung? |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Welche Schule besucht das Kind? |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

Befundbeschreibung

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Verhaltensstörung im Sinne krankhafter Beeinträchtigung der Affektivität oder Kontaktfähigkeit? |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Wie äussert sich diese in der Schule und zuhause?(die affektive Retardierung gilt als Normalvariante) |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Antriebsstörungen? |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Störungen des Erfassens und Erkennens? |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Konzentrationsstörungen? |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Gedächtnis- und Merkfähigkeitsstörungen? |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

Diagnosestellung und Behandlungsbeginn

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Welcher Arzt hat die Diagnose gestellt? |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Wann genau wurde die Diagnose gestellt? (genaues Datum) |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Welche Abklärungen wurden durchgeführt?(Bitte vorhandene Berichte und eigene Befunde mit Datum beilegen) |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Wann wurde mit den spezifischen medizinischen Massnahmen begonnen, die sich gezielt auf die Therapie des diagnostizierten POS beziehen?(Bitte alle Behandlungsstellen angeben mit Datum des Therapiebeginns) |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

Ursache

[ ]  Hirnerkrankung

[ ]  Unfall

[ ]  Möglicherweise psychische Ursachen?

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

Massnahmen

|  |  |
| --- | --- |
|  | Medikation |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Beginn |  | Dauer |
|  |  |
|  |  |       |  |       |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Medikament |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Durchführungsstelle |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Psychotherapie |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Beginn |  | Dauer |
|  |  |
|  |  |       |  |       |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Frequenz |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Durchführungsstelle |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ergotherapie |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Beginn |  | Dauer |
|  |  |
|  |  |       |  |       |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Frequenz |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Durchführungsstelle |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Andere Therapie, welche? |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Beginn |  | Dauer |
|  |  |
|  |  |       |  |       |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Frequenz |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Durchführungsstelle |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

Sonderschulung, Heilpädagogik, Psychomotorik, Logopädie, etc. sind pädagogisch-therapeutische und keine medizinischen Massnahmen. Pädagogisch-therapeutische Massnahmen stellen keine spezifische Behandlung des POS im Zusammenhang mit Ziff. 404 GgV dar und können seit dem 1. Januar 2008 nicht mehr durch die Invalidenversicherung übernommen werden.

Weitere Untersuchungen oder Abklärungen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Möchten Sie das Kind ergänzend untersuchen oder beabsichtigen Sie, weitere Informationen einzuholen (z.B. Kinderpsychologe, Therapiestelle, Schulpsychologischer Dienst)? |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Name und Adresse des Kinderpsychiaters |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

Hilflosigkeit

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Besteht ein behinderungsbedingter Mehraufwand an Hilfeleistung im Alltag?Bitte begründen Sie |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Besteht eine Selbst- oder Fremdgefährdung?Bitte begründen Sie |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

Medizinische Fallführung

Besteht ein Bedarf an einer medizinischen Fallführung gemäss Kreisschreiben über die medizinische Fallführung?
[ ]  ja [ ]  nein

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Besteht eine Selbst- oder Fremdgefährdung?Bitte begründen Sie |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

Unterschrift

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Vorname, Name des Arztes/der Ärztin |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Adresse Praxis (Abteilung) |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Ort, Datum |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Unterschrift |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

Beilagen

Wir bitten Sie, Kopien der 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.

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

* Arztbericht einreichen

Drucken Sie den ausgefüllten Arztbericht aus. Schicken Sie die Blätter bitte lose. Verwenden Sie keine Heftklammern.

Arztbericht senden an:

SVA Zürich

IV-Stelle

Postfach

8087 Zürich