Zur Person

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

Ärztliche Angaben

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Diagnosen bitte ICD 10- oder DSM-IV-Codes angebenSeit wann bestehend? |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Anamnese, Befund sowie Verlauf (bisherige Therapie, aktuelle Symptome) |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Prognose sowie aktuelle Therapieziele |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Haben relevante weitergehende Untersuchungen oder Behandlungen stattgefunden, zum Beispiel (Psycho-)Therapie, Hospitalisation? Bitte legen Sie Kopien der Berichte bei.Sind weitere Untersuchungen geplant? Wenn ja, welche? |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Weitere Angaben, zum Beispiel Medikamente und Laboruntersuche |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

Verlängerungen von Physio-, Ergo-, Hippo- und Psychotherapie, Behandlungsgeräte sowie Hilfsmittel

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Therapieart |  |  |
|  |  | Beginn |  | Geplante Dauer |
|  |  |
|  |  |       |  |       |
|  |  |  |  |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Durchführungsstelle: Wo wird die Behandlung durchgeführt? Domizilbehandlungen nur bei medizinischer Notwendigkeit (bitte begründen) |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Was ist das Therapieziel? |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Therapieart |  |  |
|  |  | Beginn |  | Geplante Dauer |
|  |  |
|  |  |       |  |       |
|  |  |  |  |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Durchführungsstelle: Wo wird die Behandlung durchgeführt? Domizilbehandlungen nur bei medizinischer Notwendigkeit (bitte begründen) |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Was ist das Therapieziel? |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Benötigt die versicherte Person Behandlungsgeräte oder Hilfsmittel? | [ ]  ja | [ ]  nein |

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

Eingliederung

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Wirkt sich der Gesundheitszustand unmittelbar auf den Schulbesuch oder die berufliche Ausbildung aus? | [ ]  ja | [ ]  nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Wenn ja, wie? |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Kann durch medizinische Massnahmen die Möglichkeit einer späteren Eingliederung ins Erwerbsleben wesentlich verbessert werden? | [ ]  ja | [ ]  nein |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Der Gesundheitszustand der versicherten Person ist |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | [ ]  gleich bleibend | [ ]  besserungsfähig | [ ]  sich verschlechternd |

Funktionelle Fähigkeiten

|  |  |
| --- | --- |
|  | Neuromuskuloskeletal und Bewegung[ ]  nicht relevant |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Funktion | Einschränkungen? | Bemerkungen |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | keine | leicht | mittel | schwer |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Gelenkbeweglichkeit | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |   |
| Muskelkraft | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |   |
| Muskeltonus | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |   |
| Willkürbewegungen | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |   |
| Gehen | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |   |
| Stehen | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |   |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Mental[ ]  nicht relevant |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Funktion | Einschränkungen? | Bemerkungen |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | keine | leicht | mittel | schwer |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Aufmerksamkeit | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |   |
| Gedächtnis | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |   |
| Kommunikationsverhalten | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |   |
| Lernen | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |   |
| Sprache | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |   |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Intelligenz – Klinischer Eindruck:Liegt eine durchschnittliche Intelligenz vor? | [ ]  ja | [ ]  nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Bemerkungen |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Bestehen umschriebene Entwicklungsrückstände? | [ ]  ja | [ ]  nein |

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

Psychosoziale Belastungsfaktoren

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

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

Hilflosigkeit

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

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