Zur Person

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

Diagnosen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Diagnosen Bei psychischen Erkrankungen bitte ICD 10- oder DSM-IV-Codes angeben. Erstmals gestellt am: |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Wenn ja, wie? Seit wann? |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Liegen ein oder mehrere Geburtsgebrechen gemäss GgV vor? | ja | nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Wenn ja, Ziffer(n)? |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Benötigt die versicherte Person Behandlung/Therapie? | ja | nein |

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

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

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

Ärztliche Angaben

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Behandlung vom |  | bis |
|  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Letzte Untersuchung vom |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Anamnese (chronologischer Verlauf, bisherige Therapie, aktuelle Symptome) |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Ärztlicher Befund |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Fragen zur angeborenen cerebralen Lähmung (Ziff. 390 GgV)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ist die Erkrankung |  |
|  | tatsächlich angeboren? |  |
|  | oder erworben? |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Wie manifestiert sich klinisch, |

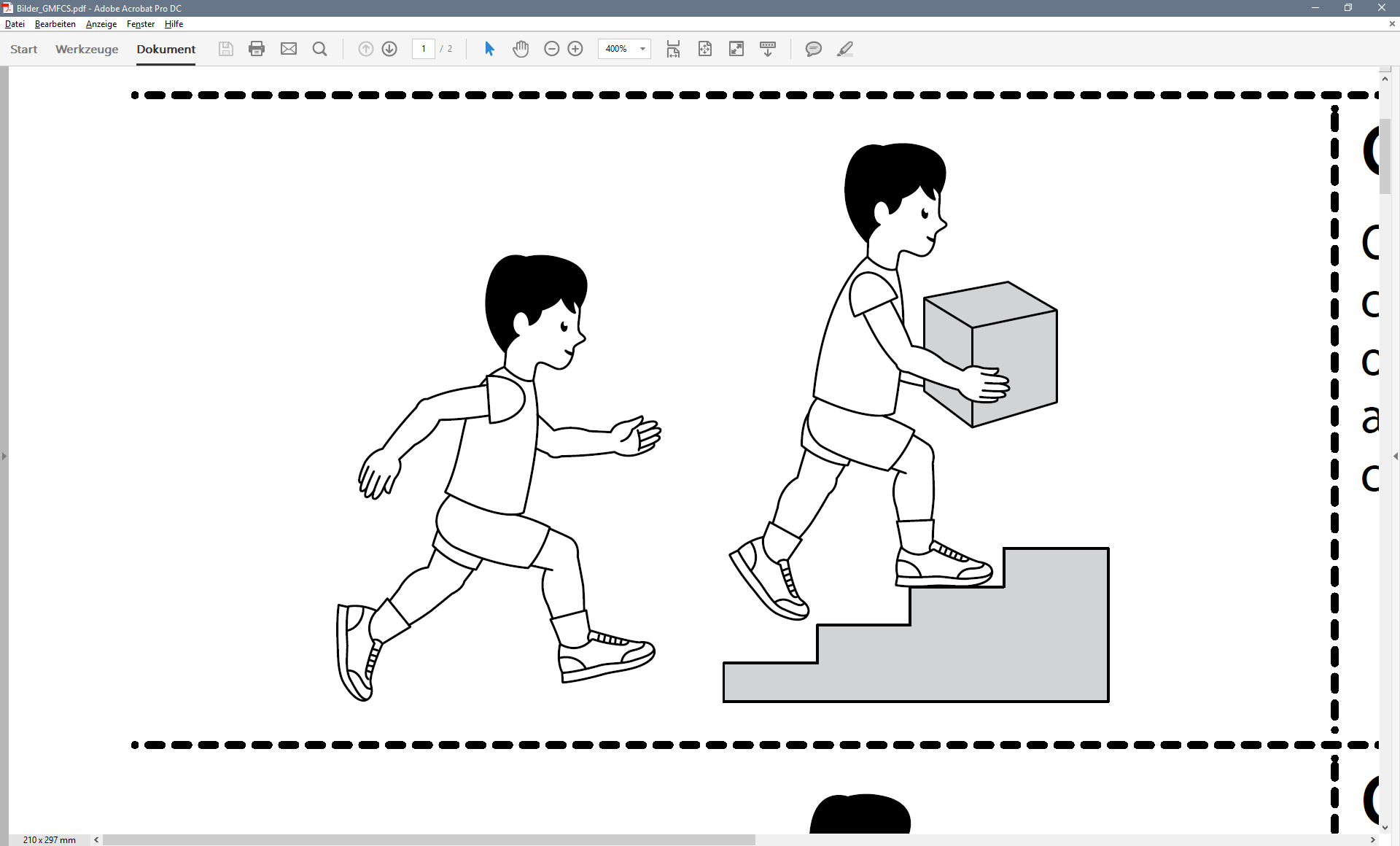
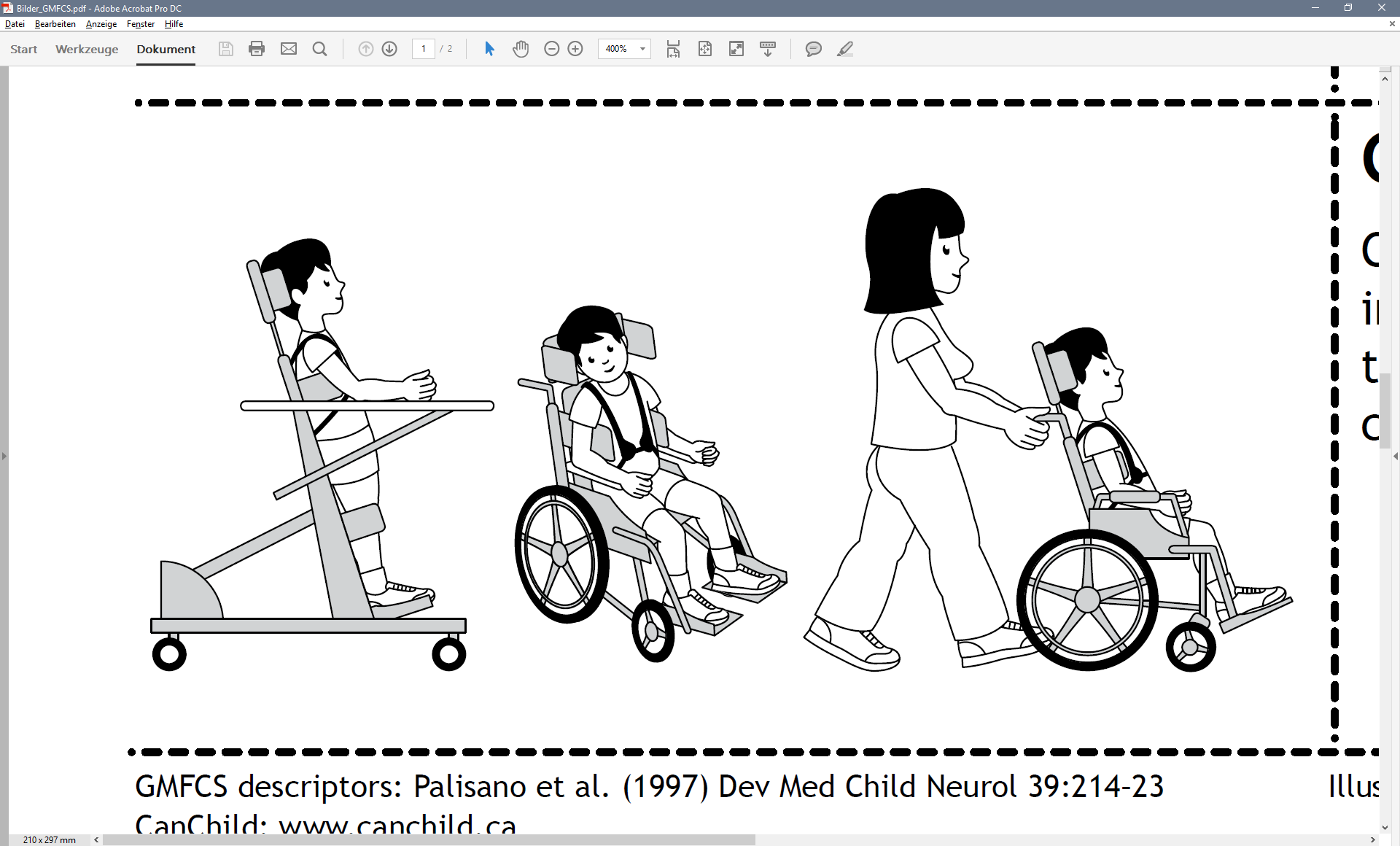
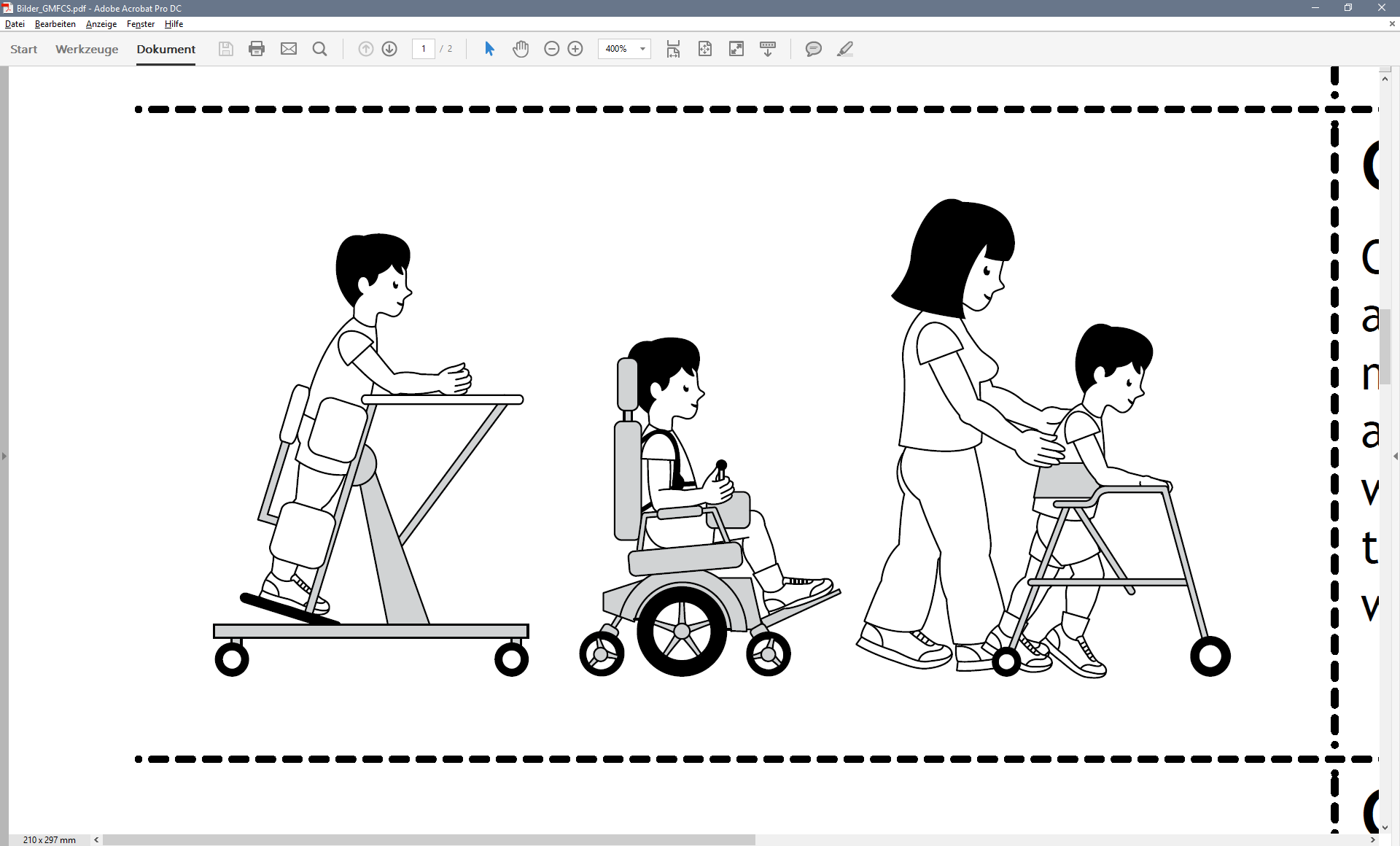
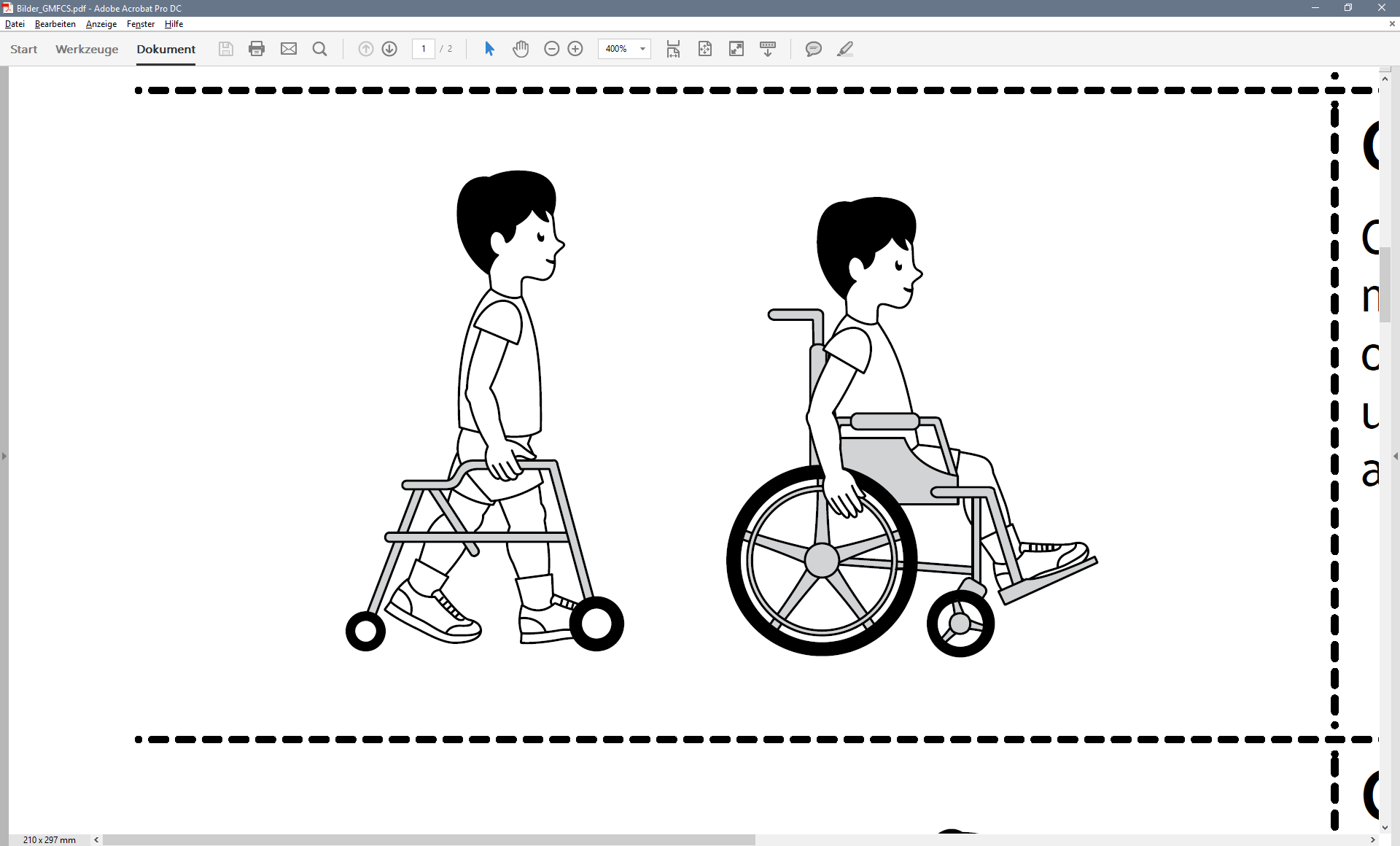
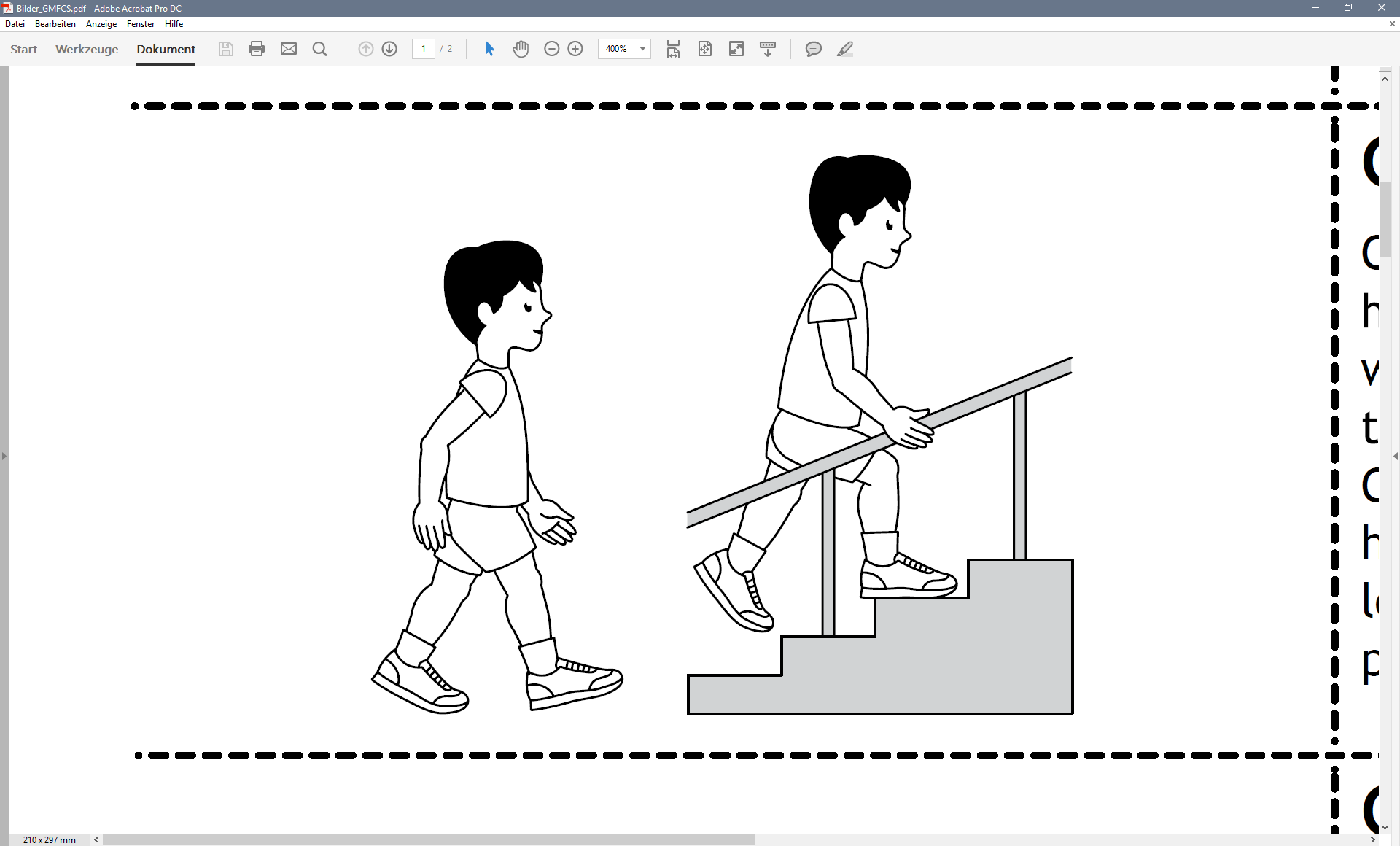
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | die Spastizität? |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | die Athetose? |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | die Ataxie? |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Wie wirkt sich die oben genannte Symptomatik auf die Alltagsfunktionen aus? |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Einteilung nach GMFC-Score[[1]](#footnote-1) | | | | |
|  |  |  |  |  |



Keine

Einschränkungen

Leichte

Einschränkungen

Hilfsmittel

notwendig

Hilfsmittel und Assistenz notwendig

Schwere Einschränkungen mit Hilfsmittel und Assistenz

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Ausführungen/Anmerkungen |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Massnahmen

|  |  |
| --- | --- |
|  | Physiotherapie |

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

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

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

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

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

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Andere Massnahmen, welche? |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Welches Verbesserungspotential sehen Sie mit dieser Massnahme? |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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 |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Wichtige Informationen

Zur Verrechnung dieses Fragebogens ist die TarMed Position 00.2230 oder 00.2240 zu verwenden. Die dafür benötigte Konsultation und Untersuchung können Sie uns zusätzlich nach Tarif in Rechnung stellen.

Weitere Informationen zur Zusammenarbeit mit den IV-Stellen finden Sie auf der Homepage  
[www.iv-pro-medico.ch](http://www.iv-pro-medico.ch)

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

1. GMFCS descriptors: Palisano et al. (1997) Dev Med Child Neurol 39:214–23 CanChild: www.canchild.ca

   Illustrations Version 2 © Bill Reid, Kate Willoughby, Adrienne Harvey and Kerr Graham,

   The Royal Children’s Hospital Melbourne ERC151050

   Deutsche Erläuterungen: http://www.klinikum.uni-muenchen.de/mashup/blaetterkatalog\_ispz\_gmfcs/blaetterkatalog/pdf/complete.pdf [↑](#footnote-ref-1)