|  |
| --- |
| WAS Wirtschaft Arbeit SozialesIV LuzernLandenbergstrasse 35 | Postfach | 6005 Luzern | Telefon +41 41 209 00 02iv@was-luzern.ch | www.was-luzern.ch/iv |

Versicherten-Nr.

Zuständig

Telefon

Datum

Bitte 1. Seite des original Arztberichtes beilegen (OCR-Code)

Verlaufsbericht zur Aktualisierung

des Dossiers bei Erwachsenen



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

|  |  |
| --- | --- |
| Versicherter |       |
|  |  |
| Beantragte Leistungen: |       |
|  |  |
| Fragen/Bemerkungen: |       |
|  |

1. Gesundheitszustand seither: [ ]  stationär [ ]  verschlechtert [ ]  verbessert
2. Verlauf Arbeitsunfähigkeit seit dem letzten Bericht?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| AUF in % | von: | bis: |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

1. Änderungen der Diagnosen?

3.1 Welche haben einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit?

3.2 Seit **wann** und in welchem Ausmass? (**Bitte Arbeitsunfähigkeit in Prozenten angeben**.)

1. Verlauf / veränderte Befunde:

1. Therapeutische Massnahmen / Prognose:

1. Wie hoch sind die Behandlungsfrequenz und die aktuelle Medikation?

1. Datum der letzten ärztlichen Kontrolle:
2. **Beilagen**

Wir bitten Sie, neue in der Zwischenzeit eingetroffene 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.

Datum:       Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin