

Verlaufsbericht zur Revision der Leistungen bei Jugendlichen

 Arztpraxis:

OCR-     -OCR

|  |
| --- |
| IV-Stelle Appenzell Ausserrhoden, Neue Steig 15, Postfach, 9102 Herisau, Tel: 071 354 51 51 / Fax: 071 354 51 52 |
| 135J |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: |       |
| Zuständig: |       |
| Direktwahl: |       |
| Versicherten-Nr: |       |

|  |
| --- |
|  |
| Versicherte Person: |       |
|  |  |
| Verlaufsbericht zur Revision der Leistungen bei Personen bis zum vollendeten 20. Altersjahr für die Zeit ab:       |
|  |  |
| Fragen/Bemerkungen: |       |
|  |

Bitte elektronisch ausfüllen und innert 30 Tagen an die IV-Stelle zurücksenden.

1. Verlauf, veränderte Befunde, allfällige neue Diagnosen (bei Geburtsgebrechen bitte GgV-Ziffer angeben):

1. Behandlungsplan (Beginn / Dauer) / Prognose:

1. Wirkt sich der Gesundheitszustand auf den Schulbesuch
oder die berufliche Ausbildung aus? [ ]  Ja [ ]  Nein

Wenn ja, seit wann?

1. Hat sich der behinderungsbedingte Mehraufwand an Hilfeleistung und persönlicher Überwachung - im Vergleich zu einem Nichtbehinderten gleichen Alters - geändert? [ ]  Ja [ ]  Nein

Wenn ja, inwiefern? Seit wann?

Versicherungsnummer:

Versicherter:       IV-Stelle Appenzell A.Rh.

|  |
| --- |
|  |

1. Haben Sie therapeutische Massnahmen in Hauspflege verordnet [ ]  Ja [ ]  Nein
Wenn ja: Welche? Wie oft und wie lange, durch wen? Seit wann?

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