

Verlaufsbericht zur Revision der Leistungen bei Erwachsenen

Arztpraxis:

OCR-     -OCR

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

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

|  |
| --- |
|  |
| Versicherte Person: |       |
|  |  |
| Verlaufsbericht zur Revision der Leistungen bei Erwachsenen für die Zeit ab:       |
|  |  |
| Fragen/Bemerkungen: |       |
|  |

Bitte mit Schreibmaschine oder PC ausfüllen und innert 30 Tagen an die IV-Stelle zurücksenden.

1. Gesundheitszustand seither: [ ]  stationär [ ]  verschlechtert [ ]  verbessert
2. Änderungen der Diagnose? [ ]  Ja [ ]  Nein

Welche haben einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ?

Seit wann und in welchem Ausmass ?

1. Verlauf / veränderte Befunde:

1. Therapeutische Massnahmen / Prognose:

1. Sind neu berufliche Massnahmen angezeigt ? [ ]  Ja [ ]  Nein
2. Ist die versicherte Person bei den alltäglichen Lebensverrichtungen
regelmässig auf Hilfe von Drittpersonen angewiesen ? [ ]  Ja [ ]  Nein

Wenn ja, seit wann?

1. Halten Sie eine ergänzende medizinische Abklärung für angezeigt ? [ ]  Ja [ ]  Nein
2. Datum der letzten ärztlichen Kontrolle:
3. **Beilagen**

Wir bitten Sie, neue in der Zwischenzeit eingetroffene Berichte von Spitälern und Spezialärzten / Spezialärzt-innen zuhanden unseres RAD 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