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

Bereich Rückfragen an Direktwahl Datum

IV-Stelle IV-Stelle 052 632 61 50 4. September 2025

iv@svash.ch [HIN-secured]

**IV-Abklärung für erstmalige berufliche Ausbildung:**

**Bitte Arztbericht ausfüllen und retournieren**

Sehr geehrter Damen und Herren

Von Ihrer Patientin, Ihrem Patienten haben wir ein Gesuch um Kostenübernahme für die erstmalige berufliche Ausbildung erhalten. Für die Prüfung des Anspruchs auf Versicherungsleistungen benötigt die IV-Stelle Ihre kompetente Unterstützung.

Jugendliche und junge Erwachsene mit geistigen, körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen weisen oft einen erhöhten Förderbedarf bei der erstmaligen beruflichen Ausbildung auf. Die Invalidenversicherung übernimmt die Mehrkosten im Vergleich zu gesunden Personen.

Wir bitten Sie deshalb, den beiliegenden Arztbericht auszufüllen, soweit Ihnen dies von Ihrem Fachgebiet und Ihrem Patientendossier her möglich ist. Wenn einzelne Punkte offengelassen werden, haben wir durchaus Verständnis. Falls Sie über keine aktuellen Informationen verfügen, können Sie Ihren Patienten, Ihre Patientin auch aufbieten.

Bitte füllen Sie den Arztbericht elektronisch oder von Hand aus und senden Sie ihn danach bitte so rasch als möglich zurück.

Den Aufwand können Sie uns gemäss Tarmed in Rechnung stellen.

Gerne erwarten wir Ihre Antwort innert 30 Tagen. Vielen Dank.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Freundliche Grüsse |
|  |  |
|  | IV-Stelle Schaffhausen |

**Arztbericht: erstmalige berufliche Ausbildung**

**Zur Person**

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

1. **Allgemeine Angaben**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.1** |  | Aktuelle Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit  Bitte zusätzlich ICD 10- oder DSM-IV-Codes angeben.  Bestehend seit wann und in welchem Ausmass? |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Falls Sie aussagekräftige Berichte von anderen Ärzten, Spitälern oder Institutionen haben, legen Sie diese bitte auch bei.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.2** |  | Anamnese |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Ressourcenprofil für berufliche Tätigkeit**

kann ich nicht beantworten

|  |  |
| --- | --- |
| **2.1** | Zeitlicher Umfang |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Welche Tätigkeiten sind möglich? In welchem zeitlichen Umfang (in Std./Tag)? |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Welche Tätigkeiten sind nicht möglich? |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Verminderung der Leistungsfähigkeit? | ja | nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Wenn ja, in welchem Umfang? |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **2.2** | Somatischer Teil  (Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennungen möglich)  Folgende Arbeiten können verrichtet werden  Körperliche Arbeitsschwere   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | schwere Arbeiten | mittelschwere | leichte bis mittel-  schwere (bis 15kg) | leicht (bis 10kg) | |

Arbeitshaltung

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| im Stehen | ständig | überwiegend | zeitweise |
| im Gehen | ständig | überwiegend | zeitweise |
| im Sitzen | ständig | überwiegend | zeitweise |

Arbeitsorganisation

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tagschicht | Früh-/Spätschicht | Nachtschicht |

Einschränkungen

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Hören | leicht | mittel | stark eingeschränkt |
| Sehen | leicht | mittel | stark eingeschränkt |
| Manuelles Geschick | leicht | mittel | stark eingeschränkt |
| Kraft der Hände | leicht | mittel | stark eingeschränkt |
| Gang- und Standsicherheit | leicht | mittel | stark eingeschränkt |
| Koordination | leicht | mittel | stark eingeschränkt |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2.3** | Psychiatrischer Teil   |  |  | | --- | --- | | Fähigkeiten | Einschränkung | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | keine | leicht | mittel | schwer |
| Anpassungen an Regeln und Routinen |  |  |  |  |
| Planung und Strukturierung von Aufgaben |  |  |  |  |
| Flexibilität und Umstellung |  |  |  |  |
| Anwendung fachlicher Kompetenz |  |  |  |  |
| Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit |  |  |  |  |
| Durchhaltefähigkeit |  |  |  |  |
| Selbstbehauptungsfähigkeit |  |  |  |  |
| Gruppenfähigkeit |  |  |  |  |
| Kontaktfähigkeit zu Dritten |  |  |  |  |
| Spontan-Aktivitäten |  |  |  |  |
| Selbstpflege |  |  |  |  |
| Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel |  |  |  |  |
| Fahrtauglichkeit |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Auffassung |  |  |  |  |
| Konzentration |  |  |  |  |
| Merkfähigkeit |  |  |  |  |
| Belastbarkeit im Alltag |  |  |  |  |
| Belastbarkeit im Beruf |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2.4** |  | Bitte beschrieben Sie kurz mit eigenen Worten, was Ihr Patient/Ihre Patientin gut kann und wo Einschränkungen bestehen. |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Angaben zur Behandlung**

|  |  |
| --- | --- |
| **3.1** | Gegenwärtige Behandlung und Verlauf |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | In Behandlung bei Ihnen seit? |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Rhythmus? |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Letzte Kontrolle am? |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3.2** | Aktuelle Medikation (einschl. Dosis)?  keine |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Welche |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3.3** |  | Prognose |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3.4** |  | Liste aller aktuellen Behandelnden mit Fachrichtung und Adresse |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

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

1. **Arbeitsfähigkeit**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **4.1** | Kann die Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen verbessert  werden? | ja | nein |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4.2** |  | Bestehen Faktoren (in der Schule, in der Familie, etc.), welche die Krankheit aufrechterhalten? |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Unterschrift**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **5.1** |  | Vorname, Name des Arztes/der Ärztin |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **5.2** |  | Adresse Praxis (Abteilung) |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **5.3** |  | Ort, Datum |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **5.4** |  | Unterschrift |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **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)

1. **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.

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

**Arztbericht einreichen**

Drucken Sie den ausgefüllten Arztbericht aus. Schicken Sie die Blätter bitte lose. Verwenden Sie keine Heftklammern.

Arztbericht senden an:

SVA Schaffhausen

IV-Stelle

Oberstadt 9

8200 Schaffhausen