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

Bereich Rückfragen an Direktwahl Datum

IV-Stelle 7. Mai 2025

 iv@svash.ch [HIN-secured]

**IV-Abklärung für berufliche Integration / Rente:**

**Psychologischer Bericht**

Guten Tag

Ihre Patientin bzw. Ihr Patient hat gesundheitliche Einschränkungen, die zu einer IV-Anmeldung führten. Für die rasche Prüfung des Leistungsanspruchs und der geeigneten Eingliederungsmöglichkeiten be­nötigen wir Ihre kompetente Unterstützung.

Wir bitten Sie, das beiliegende Berichtsformular auszufüllen, soweit Ihnen dies von Ihrem Fachgebiet und Ihrem Patientendossier her möglich ist. Wenn einzelne Punkte offen gelassen werden, haben wir durchaus Verständnis.

Sie können das Formular auch auf unserer Website herunterladen.

Bitte füllen Sie das Berichtsformular elektronisch aus und senden Sie es bitte so rasch wie möglich zurück. Reichen Sie die Rechnung bitte elektronisch über Mediport ein.

Vielen Dank.

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

**Psychologischer Bericht**

für die Beurteilung des Anspruches von Erwachsenen auf

**Berufliche Integration / Rente**

Ergänzende Fragen:

**Bemerkungen**

|  |
| --- |
|       |

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

**1. Bericht**

**1.1**

**Ursache der Arbeitsunfähigkeit**

[ ]  Krankheit [ ]  Unfall [ ]  Mutterschaft [ ]  unklar

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Bei psychiatrischen Erkrankungen bitte ICD 10- oder DSM-IV-Codes angeben

Bestehend seit wann?

|  |
| --- |
|       |

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Bestehend seit wann?

|  |
| --- |
|       |

**1.2**

Ambulante Behandlung durch Sie

vom bis

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

Datum der letzten Kontrolle

|  |
| --- |
|       |

Vor Ihnen durch

|  |
| --- |
|       |

Nach Ihnen durch

|  |
| --- |
|       |

**1.3**

Stationäre Behandlung/Kur

Wo?

|  |
| --- |
|       |

Eintrittstag Entlassungstag

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

**1.4**

Anamnese (chronologischer Verlauf, bisherige Therapie, aktuelle Symptome)

|  |
| --- |
|       |

Befund

|  |
| --- |
|       |

Prognose

|  |
| --- |
|       |

**1.5**

Art und Umfang der gegenwärtigen Behandlung

|  |
| --- |
|       |

Aktuelle Medikation (einschl. Dosis)?

[ ]  keine

Welche?

|  |
| --- |
|       |

Empfehlungen für die zukünftige Therapie

|  |
| --- |
|       |

**1.6**

Psychologisch begründete Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20% für zuletzt ausgeübte Tätigkeit als:

Beruf

|  |
| --- |
|       |

% von bis

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

**1.7**

Fragen zur bisherigen Tätigkeit

Welche körperlichen, geistigen, psychischen Einschränkungen bestehen?

|  |
| --- |
|       |

Wie wirken sie sich bei der Arbeit aus?

|  |
| --- |
|       |

Ist die bisherige Tätigkeit aus psychologischer Sicht noch zumutbar?

[ ]  ja [ ]  nein

In welchem zeitlichen Rahmen?

|  |
| --- |
|       |

Besteht dabei eine verminderte Leistungsfähigkeit

[ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, warum, in welchem Ausmass?

|  |
| --- |
|       |

In welchem Umfang (Stunden pro Tag) und seit wann ist eine behinderungsangepasste Tätigkeit, mit welchem Belastungsprofil möglich?

|  |
| --- |
|       |

**1.8**

Fragen zu möglichen Eingliederungsmassnahmen

Lassen sich die Einschränkungen durch medizinische Massnahmen vermindern?

[ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, mit welchen?

|  |
| --- |
|       |

Wie wirken sich diese Massnahmen auf die Arbeitsfähigkeit aus?

|  |
| --- |
|       |

**1.9**

Kann mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. Erhöhung der Einsatzfähigkeit gerechnet werden?

[ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, ab wann und in welchem Umfang?

% ab

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

**1.10**

Kontakt mit anderen Versicherungen (IV/MV/Unfall/andere)?

[ ]  ja [ ]  nein

Wann?

|  |
| --- |
|       |

[ ]  IV [ ]  MV [ ]  Unfall [ ]  andere

Welche?

|  |
| --- |
|       |

**1.11**

Zusatzinformationen, Ergänzungen und Vorschläge

|  |
| --- |
|       |

**2. Unterschrift**

Vorname, Name, Datum und Unterschrift

|  |
| --- |
|       |

Genaue Adresse (Praxis/Abteilung)

|  |
| --- |
|  |

**3. 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.**

|  |
| --- |
|       |