



# Verlaufsbericht

## Eidgenössische Invalidenversicherung IV

(bitte ausgefüllt und unterzeichnet innert 30 Tagen zurücksenden)

Versanddatum:

IV-Stelle Zug  
 Baarerstrasse 11  
 Postfach  
 6302 Zug

Angaben zur versicherten Person	Name und Adresse des Arztes / der Ärztin
Name: _____	Name: _____
Vorname: _____	Vorname: _____
Strasse: _____	Strasse: _____
PLZ/Ort: _____	PLZ/Ort: _____
Geb.-Datum: _____	Telefon-Nr: _____
AHV-Nr.: _____	
Gesetzliche/r Vertreter/in: _____	

Verlaufsbericht zur Aktualisierung des Dossiers bei Erwachsenen für die Zeit ab: \_\_\_\_\_  
 Sollten Sie zur Beantwortung der nachfolgenden Fragen mehr Platz benötigen, verwenden Sie bitte ein zusätzliches Dokument, z.B. Word, und reichen es zusammen mit dem Verlaufsbericht ein.

1. Gesundheitszustand seither  stationär  verschlechtert  verbessert

2. Änderung der Diagnose?  Ja  Nein

Welche Veränderungen haben einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit? max. 3'500 Zeichen

Seit wann und in welchem Ausmass?

max. 800 Zeichen

---

---

3. Verlauf / veränderte Befunde:

max. 1'900 Zeichen

---

4. AUF-Verlauf seit letzter Berichterstattung:

max. 1'900 Zeichen

---

5. Therapeutische Massnahmen / Prognose:

max. 1'900 Zeichen

---

6. Datum der letzten ärztlichen Kontrolle \_\_\_\_\_

---

7. Beilagen

Wir bitten Sie, neue in der Zwischenzeit eingetroffene Berichte von Spitalern und Spezialärztinnen oder -ärzten zuhanden unseres ärztlichen Dienstes beizulegen oder diese genau zu bezeichnen, damit wir sie selbst anfordern können. Originalberichte werden nach Einsichtnahme zurückgesandt.

---

---

8. Bemerkungen

max. 1'000 Zeichen

---

9. Unterschrift

---

Ort und Datum

---

Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin