|  |  |
| --- | --- |
| x--Anschrift--xx--Strasse / Hausnummer--xx--PLZ--x x--Ort--x | Versicherte Personx--Vorname--x x--Name--xx--Strasse / Hausnummer--xx--PLZ--x x--Ort--xGeb. Vers.-Nr.  |
| Altdorf, x--DATUM--x |

**Verlaufsbericht zur Aktualisierung des Dossiers bei Erwachsenen für die Zeit ab** **x--DATUM--x**

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

1. Gesundheitszustand seither: [ ] stationär [ ] verschlechtert [ ] verbessert

2. Änderung der Diagnose? [ ] Ja [ ] Nein

 Welche haben einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit? Seit wann und in welchem Ausmass?

3. Verlauf / veränderte Befunde:

4. AUF-Verlauf seit letzter Berichterstattung:

5. Therapeutische Massnahmen / Prognose:

6. Datum der letzten ärztlichen Kontrolle:

7. 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.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort und Datum Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

 und/oder Angaben des Spitals

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Bei Spitälern/Gemeinschaftspraxen bitte Name des Arztes/Ärztin

 angeben, genaue Anschrift/Abteilung (sofern nicht aus

 dem Stempel ersichtlich)