|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SVA St.GallenBrauerstrasse 54Postfach9016 St.Gallen |  | Name und Adresse des Arztes/der Ärztin |

**Augenärztlicher Verlaufsbericht für Personen bis zum vollendeten 20. Altersjahr:**

**Bitte Verlaufsbericht ausfüllen und retournieren**

Guten Tag

Ihre Patientin, Ihr Patient hat gesundheitliche Einschränkungen, die zu einer IV-Anmeldung führten. Für die rasche Prüfung benötigen wir Ihre kompetente Unterstützung.

Wir bitten Sie deshalb, den beiliegenden Verlaufsbericht zu beantworten, soweit Ihnen dies von Ihrem Fachgebiet und Ihrem Patientendossier her möglich ist. Wenn deswegen einzelne Punkte offengelassen werden, haben wir durchaus Verständnis.

Weitere Informationen zur Zusammenarbeit mit den IV-Stellen finden Sie auf der Homepage

[www.iv-pro-medico.ch](http://www.iv-pro-medico.ch).

Sie können den Verlaufsbericht auch auf unserer Website herunterladen. Bitte füllen Sie den Verlaufsbericht idealerweise elektronisch oder von Hand so rasch als möglich aus. Die Rücksendung kann direkt an die E-Mailadresse iv-anfragen\_berichte@svasg.ch erfolgen oder aber auch per Post.

Den Verlaufsbericht und Gespräche mit uns können Sie nach Tarmed abrechnen.

Wir danken für Ihre Mitarbeit.

 Augenärztlicher Verlaufsbericht für Personen bis zum vollendeten
20. Altersjahr

**für die Zeit ab**

Bitte beantworten Sie auch die zusätzlichen Fragen auf dem Beiblatt

[ ]

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

1. Datum der letzten augenärztlichen Kontrolle

|  |
| --- |
|       |

2. Aktuelle augenärztliche Diagnose

|  |
| --- |
|       |

3. Ist die augenärztliche Behandlung abgeschlossen?

 [ ]  Ja [ ]  Nein

Wenn nein, worin besteht die weitere Behandlung und wie lange ist diese voraussichtlich noch notwendig?

|  |
| --- |
|       |

4. Bitte sämtliche korrigierte Visuswerte der letzten beiden Jahre angeben

|  |
| --- |
|       |

5. Unterschrift

Vorname, Name, Datum und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

|  |
| --- |
|       |

Genaue Adresse (Praxis/Abteilung)

|  |
| --- |
|       |