

Fragebogen 1 (von der Versicherten bzw. vom Versicherten auszufüllen)

Vor- und Nachname der bzw. des Versicherten:

SVNr.:

Vor- und Nachname der bzw. des Angehörigen:

SVNr. bzw. Geburtsdatum:

Telefonnummer (für allfällige Rückfragen):

Bitte Zutreffendes ankreuzen!

1. Seit wann besteht das Leiden?

2. Welche Schulausbildung hat Ihr Kind?

Art	von - bis	Abschluss
.....
.....
.....
.....

3. Welche (vorübergehende) Berufstätigkeit hat Ihr Kind bisher ausgeübt?

Art	von - bis
.....
.....

4. Hat Ihr Kind derzeit eine Beschäftigung? ja nein
Seit wann?

5. Beziehen Sie für Ihr Kind erhöhte Familienbeihilfe? ja nein
Wenn ja, senden Sie uns bitte die Bestätigung über den Bezug von Familienbeihilfe in Kopie.

6. Bezieht Ihr Kind eine Rente? ja nein
Monatliche Höhe? EUR
Von welcher Stelle?

7. Bezieht Ihr Kind ein sonstiges Einkommen? ja nein
Monatliche Höhe? EUR

.....
Datum und Unterschrift

Fragebogen 2 (von der behandelnden Ärztin / vom behandelnden Arzt auszufüllen)

Ärztlicher Untersuchungsbefund

Patientin bzw. Patient (Vor- und Nachname):

SVNr. bzw. Geburtsdatum:

Bitte Zutreffendes ankreuzen!

1. Anamnese:

- a) Überstandene Krankheiten:

- b) Beginn der Symptome des derzeitigen Leidens:

- c) Verlauf des derzeitigen Leidens:

- d) Behandlung und Behandlungserfolge:

2. Befund:

- a) Somatisch, mit besonderer Berücksichtigung der vorhandenen Defekte und ihrer leistungsmindernden Auswirkungen:

- b) Psychisch, mit besonderer Berücksichtigung der psychischen Leistungsfähigkeit:

3. Diagnose:

4. Ist der vorliegende Zustand als dauernd oder vorübergehend anzusehen?

5. Ist der Zustand behandlungsbedürftig? ja nein
(Ärztliche Behandlung, Anstaltspflege, Heilbehelfe)

6. Ist die Patientin bzw. der Patient zu einer Berufstätigkeit geeignet? ja nein
Welche?

7. Ist die Erwerbsfähigkeit ganz oder teilweise, dauernd oder vorübergehend eingeschränkt? (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

8. Ist nach entsprechender Umschulung oder Behandlung die Erlangung der Erwerbsfähigkeit zu erwarten? ja nein

.....
Datum, Stempel und Unterschrift

Telefonnummer (für allfällige Rückfragen):