**IV-STELLE SOLOTHURN** **|** ALLMENDWEG 6 **|** 4528 ZUCHWIL **|** T 032 686 24 00 **| www.ivso.ch**

Anschrift Arzt

|  |  |
| --- | --- |
| Versicherter: | Nachname Vorname |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: |  |
| Zuständig: |  |
| Direktwahl: |  |
| Versicherten-Nr: |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Verlaufsbericht zur Aktualisierung des Dossiers bei Erwachsenen für die Zeit ab: | |
|  |  |
| Fragen/Bemerkungen: |  |
|  | |

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

1. Gesundheitszustand seither:  stationär  verschlechtert  verbessert
2. Änderungen der Diagnose?  Ja  Nein



Verlaufsbericht zur Aktualisierung

des Dossiers bei Erwachsenen

Welche haben einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ?

Seit wann und in welchem Ausmass ?

1. Verlauf / veränderte Befunde:

1. Therapeutische Massnahmen / Prognose:

1. Datum der letzten ärztlichen Kontrolle:
2. **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.

Datum Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin