|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Invalidenversicherungs-StelleImpasse de la Colline 1, Postfach, 1762 Givisiez |  |  |
| Name und Adresse des Arztes |  | **AHV-Nummer:** **Gesuch vom** **Réf :** **T** **I/Zeichen:**  |
| Givisiez,  |  |  |

|  |
| --- |
|  |

**Name, Vorname der versicherten Person:**

**Geboren am**

**Beiblatt zum Arztbericht - Berufliche Wiedereingliederung**

**Für die Beurteilung der Eingliederungsfähigkeit und/oder des Rentenanspruches bitten wir Sie um Stellungnahme:**

1. Fragen zur bisherigen Tätigkeit

1.1. Wie wirkt sich die gesundheitliche Störung bei der bisherigen Tätigkeit aus?

1.2. Ist die bisherige Tätigkeit noch zumutbar? [ ]  ja [ ]  nein

 Wenn ja, in welchem zeitlichen Rahmen (Stunden pro Tag)

1.3 Besteht dabei eine verminderte Leistungsfähigkeit? [ ]  ja [ ]  nein

 Wenn ja, in welchem Ausmass?

2. Fragen zur beruflichen Wiedereingliederung

2.1. Kann die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz bzw. im bisherigen Tätigkeitsbereich verbessert werden? [ ]  ja [ ]  nein

 Wenn ja, mit welchen zumutbaren Massnahmen (z.B. medizinische Massnahmen, Hilfsmittel, Umgestaltung des Arbeitsplatzes, usw.)?       Wenn ja, welche Massnahmen

 Wie wirken sich diese Massnahmen auf die Arbeitsfähigkeit aus?

2.2. Sind der versicherten Person andere Tätigkeiten zumutbar? [ ]  ja [ ]  nein

2.2.1. Wenn ja, welcher Art könnten diese Tätigkeiten sein?

 Was wäre dabei besonders zu beachten?

 In welchem zeitlichen Rahmen sind diese Tätigkeiten zumutbar (Stunden pro Tag)?

2.2.2. Besteht in diesem zeitlichen Rahmen eine verminderte Leistungsfähigkeit?

 [ ]  ja [ ]  nein

 Wenn ja, in welchem Ausmass?

2.2.3. Wenn keine anderen Tätigkeiten mehr zumutbar sind, wie lässt sich dies begründen?

3. Vorschläge, weitere Anfragen:

4.1 Die Person hat folgende funktionelle Fähigkeiten (im Fall einer beruflichen Tätigkeit):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| **Ja** [ ]  | **Nein** [ ]  | Sitzende Stellung..................... Stunden/pro Tag | **Ja** [ ]  | **Nein** [ ]  | Strecke zu Fuss (Umfang der Gehstrecke max. .............. Meter) |
|  [ ]  |  [ ]  | Stehende Stellung..................... Stunden/pro Tag |  [ ]  |  [ ]  | Benützung der beiden Arme - Hände/links - rechtsvollständig / Einschränkungen:............................ |
|  [ ]  |  [ ]  | Die gleiche Körperstellung während längerer Zeit........................... Stunden/pro Tag |  [ ]  |  [ ]  | Heben, tragen oder Gewichte versetzen:zumutbares Gewicht: ..................... kg |
|  [ ]  |  [ ]  | Alternierende Stellung sitzend/stehend |  [ ]  |  [ ]  | Sich bücken |
|  [ ]  |  [ ]  | Alternierend sitzend/stehend/laufend |  [ ]  |  [ ]  | Bewegungen der Glieder oder des Rückensgelegentlich/wiederholend: ............................ |
|  [ ]  |  [ ]  | Kniende Stellung |  [ ]  |  [ ]  | Unregelmässige Arbeitszeit/in der Nacht/am Morgen |
|  [ ]  |  [ ]  | Neigung des Oberkörpers |  [ ]  |  [ ]  | Arbeit in der Höhe/auf einer Leiter |
|  [ ]  |  [ ]  | Kauernde Stellung |  [ ]  |  [ ]  | Fortbewegung auf unebenem Boden oder in Hanglage |
|  [ ]  |  [ ]  | Normale intellektuelle Tätigkeit |  [ ]  |  [ ]  | Akzeptables Verhalten für die Mitarbeitenden |

4.2 zu vermeidende Umgebung*:*

 [ ]  kalt [ ]  lärmig [ ]  staubig [ ]

* 1. Motivierung für die Arbeitsaufnahme oder eine berufliche Umschulung:

 [ ]  gut [ ]  teilweise [ ]  gering

* 1. Voraussichtliche durch den Gesundheitszustand oder durch die ärztliche Behandlung begründete Absenzen:

 [ ]  gering [ ]  mittel [ ]  erheblich

4.5 Zumutbarkeit die öffentlichen Transportmittel zu benützen: [ ]  ja [ ]  nein: warum?

Datum Stempel und Unterschrift des Arztes