|  |
| --- |
| **Beiblatt zu Arztbericht** vom       |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Empfänger: |       |
|  |  |
| Versicherter |  |

Es wurde ein Gesuch für berufliche Massnahmen gestellt. Wir bitten Sie, in diesem Zusammenhang die nachfolgenden Fragen zu beantworten:

**1a** Bestehen körperliche, geistige und/oder psychische Einschränkungen **mit** Auswirkung auf die

 Ausbildungsfähigkeit?

**1b** Bestehen körperliche, geistige und/oder psychische Einschränkungen **ohne** Auswirkung auf die

 Ausbildungsfähigkeit?

**2** Beeinträchtigung der Ausbildungsfähigkeit (qualitativ & quantitativ) aufgrund der festgestellten

 Störungen?

**3** Sind zusätzliche medizinische Massnahmen angezeigt? Wenn ja, welche?

**4** Ist eine Ausbildung im geschützten Rahmen notwendig?