|  |
| --- |
| **Beiblatt zum Arztbericht Revision der Leistungen für Erwachsene vom**  |
|  |

|  |
| --- |
| Beiblatt zu 102EVerlauf 1422.doc |

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

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

1. **Fragen zur bisherigen Tätigkeit**
2. Wie wirkt sich die gesundheitliche Störung bei der bisherigen Tätigkeit aus?

1. Ist die bisherige Tätigkeit noch zumutbar? [ ]  Ja [ ]  Nein
Wenn ja, in welchem zeitlichen Rahmen (Stunden pro Tag)?

1. Besteht dabei eine verminderte Leistungsfähigkeit? [ ]  Ja [ ]  Nein
Wenn ja, in welchem Ausmass?

1. **Fragen zu möglichen Eingliederungsmassnahmen**
2. Kann die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz bzw.
im bisherigen Tätigkeitsbereich verbessert werden? [ ]  Ja [ ]  Nein
	1. Wenn ja, mit welchen zumutbaren Massnahmen (z.B. medizinische Massnahmen, Hilfsmittel, Umgestaltung des Arbeitsplatzes, etc.)?

* 1. Wie wirken sich diese Massnahmen auf die Arbeitsfähigkeit aus?

1. Sind der versicherten Person andere Tätigkeiten zumutbar? [ ]  Ja [ ]  Nein
	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)?

* 1. Besteht in diesem zeitlichen Rahmen eine verminderte
	Leistungsfähigkeit? [ ]  Ja [ ]  Nein
	Wenn ja, in welchem Ausmass?

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

1. **Vorschläge, weitere Fragen**