Psychotherapeutischer Bericht

Berufliche Integration/Rente

Ihre Adresse

|  |
| --- |
| IV-Stelle Basel-Stadt, Aeschengraben 9, 4051 Basel |
| 002.099 01/2010 |

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

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| versicherte Person | Name und Adresse der versicherten Person eintragen |
|  |  |

Guten Tag

Ihre Patientin bzw. Ihr Patient hat gesundheitliche Einschränkungen, die zu einer IV-Anmeldung führten. Für die rasche Prüfung des Leistungsanspruchs und der geeigneten Eingliederungsmöglichkeiten be­nötigen wir Ihre kompetente Unterstützung.

Wir bitten Sie, das beiliegende Berichtsformular auszufüllen, soweit Ihnen dies von Ihrem Fach­gebiet und Ihrem Patientendossier her möglich ist. Wenn einzelne Punkte offengelassen werden, haben wir durchaus Verständnis.

Sie können das Formular auch auf unserer Website herunterladen. Bitte vergessen Sie aber nicht, even­tuelle Zusatzfragen auf dem Beiblatt ebenfalls zu beantworten.

Bitte füllen Sie das Berichtsformular elektronisch oder mit Schreibmaschine aus und senden Sie es bitte so rasch wie möglich zurück. Für die Abrechnung können Sie das beiliegende Rechnungsformular ver­wenden.

Wir möchten darauf hinweisen, dass wir über eine aktuelle, rechtsgültig unterzeichnete Befreiung von der Schweigepflicht für alle medizinischen Fachstellen verfügen. Wir sind deshalb legitimiert, Informa­tionen einzuholen und alle vorhandenen medizinischen Akten einzusehen. Wir besitzen auch eine Befreiung von der Schweigepflicht Ihnen gegenüber, was uns berechtigt Sie über die erfolgte IV-An­meldung zu informieren.

Vielen Dank und freundliche Grüsse.

|  |  |
| --- | --- |
| Beilagen |       |

Psychotherapeutischer Bericht

für die Beurteilung des Anspruches von Erwachsenen auf

|  |
| --- |
| Beantragte Leistung |

Ergänzende Fragen:

unsere Fragen/Bemerkungen

|  |
| --- |
| Beruf:      <Taetigkeit> |

1. Bericht

* 1.1

Ursache der Arbeitsunfähigkeit

[ ]  Krankheit [ ]  Unfall [ ]  Mutterschaft [ ]  unklar

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Bei psychiatrischen Erkrankungen bitte ICD 10- oder DSM-IV-Codes angeben

Bestehend seit wann?

|  |
| --- |
|       |

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Bestehend seit wann?

|  |
| --- |
|       |

* 1.2

Ambulante Behandlung durch Sie

vom bis

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |

Datum der letzten Kontrolle

|  |
| --- |
|       |

Vor Ihnen durch

|  |
| --- |
|       |

Nach Ihnen durch

|  |
| --- |
|       |

* 1.3

Stationäre Behandlung/Kur

Wo?

|  |
| --- |
|       |

Eintrittstag Entlassungstag

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |

* 1.4

Anamnese (chronologischer Verlauf, bisherige Therapie, aktuelle Symptome)

|  |
| --- |
|       |

Befund

|  |
| --- |
|       |

Prognose

|  |
| --- |
|       |

* 1.5

Art und Umfang der gegenwärtigen Behandlung

|  |
| --- |
|       |

Aktuelle Medikation (einschl. Dosis)?

[ ]  keine

Welche?

|  |
| --- |
|       |

Empfehlungen für die zukünftige Therapie

|  |
| --- |
|       |

* 1.6

Psychologisch begründete Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20% für zuletzt ausgeübte Tätigkeit als:

Beruf

|  |
| --- |
|       |

% von bis

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |       |       |

* 1.7

Fragen zur bisherigen Tätigkeit

Welche körperlichen, geistigen, psychischen Einschränkungen bestehen?

|  |
| --- |
|       |

Wie wirken sie sich bei der Arbeit aus?

|  |
| --- |
|       |

Ist die bisherige Tätigkeit aus psychologischer Sicht noch zumutbar?

[ ]  ja [ ]  nein

In welchem zeitlichen Rahmen?

|  |
| --- |
|       |

Besteht dabei eine verminderte Leistungsfähigkeit

[ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, warum, in welchem Ausmass?

|  |
| --- |
|       |

In welchem Umfang (Stunden pro Tag) und seit wann ist eine behinderungsangepasste Tätigkeit, mit welchem Belastungsprofil möglich?

|  |
| --- |
|       |

* 1.8

Fragen zu möglichen Eingliederungsmassnahmen

Lassen sich die Einschränkungen durch medizinische bzw. psychotherapeutische Massnahmen vermindern?

[ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, mit welchen?

|  |
| --- |
|       |

Wie wirken sich diese Massnahmen auf die Arbeitsfähigkeit aus?

|  |
| --- |
|       |

* 1.9

Kann mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. Erhöhung der Einsatzfähigkeit gerechnet werden?

[ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, ab wann und in welchem Umfang?

% ab

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |

* 1.10

Kontakt mit anderen Versicherungen (IV/MV/Unfall/andere)?

[ ]  ja [ ]  nein

Wann?

|  |
| --- |
|       |

[ ]  IV [ ]  MV [ ]  Unfall [ ]  andere

Welche?

|  |
| --- |
|       |

* 1.11

Zusatzinformationen, Ergänzungen und Vorschläge

|  |
| --- |
|       |

2. Unterschrift

Vorname, Name, Datum und Unterschrift

|  |
| --- |
|       |

Genaue Adresse (Praxis/Abteilung)

|  |
| --- |
|       |

3. Beilagen

Wir bitten Sie, Kopien der 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 Einsicht­ nahme zurückgesandt.

|  |
| --- |
|       |

**Welche Arbeiten sind der versicherten Person unter Berücksichtigung ihrer gesundheitlichen Einschränkungen in behinderungsangepasster Tätigkeit noch zumutbar?**

Bitte unterteilen Sie in Aktivitäten/Zeitumfang/Leistung (Rendement).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ja | nein | In welchem zeitlichen Rahmen zumutbar? | In welcher Leistung? |
|  |  |  | ganztags ja/nein | Falls nicht ganztags zumutbar, Anzahl Stunden pro Tag und weshalb? | Angaben in % |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| rein „sitzende“ Tätigkeiten | [ ]  | [ ]  |       |       |       |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| rein „stehende“ Tätigkeiten | [ ]  | [ ]  |       |       |       |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| wechselbelastende Tätigkeiten | [ ]  | [ ]  |       |       |       |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| vorwiegend im Gehen ausgeübte Tätigkeiten (unebenes Gelände?) | [ ]  | [ ]  |       |       |       |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bücken | [ ]  | [ ]  |       |       |       |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Über-Kopf-Arbeiten | [ ]  | [ ]  |       |       |       |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kauern | [ ]  | [ ]  |       |       |       |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Knien | [ ]  | [ ]  |       |       |       |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rotation im Sitzen/Stehen | [ ]  | [ ]  |       |       |       |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Heben/Tragen (körpernah/-fern?) | [ ]  | [ ]  |       |       |       |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| auf Leitern/Gerüste steigen | [ ]  | [ ]  |       |       |       |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Treppen steigen | [ ]  | [ ]  |       |       |       |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Anderes (z. B. Beidhändigkeit einge-schränkt)? | [ ]  | [ ]  |       |       |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Heben/Tragen (körpernah/-fern?) | [ ]  | [ ]  | Gewichtslimite       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Konzentrationsvermögen | [ ]  uneingeschränkt | [ ]  eingeschränkt; Art:       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Auffassungsvermögen | [ ]  uneingeschränkt | [ ]  eingeschränkt; Art:       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Anpassungsfähigkeit | [ ]  uneingeschränkt | [ ]  eingeschränkt; Art:       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Belastbarkeit | [ ]  uneingeschränkt | [ ]  eingeschränkt; Art:       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fahrtauglichkeit | [ ]  ja | [ ]  nein |

Seit wann gelten die Angaben?

|  |
| --- |
|       |

Gibt es spezielle Punkte, die zu berücksichtigen sind (bspw. schrittweise Steigerung der Arbeitsfähigkeit, ruhiger Arbeitsplatz)?

|  |
| --- |
|       |

Sind unterstützende Hilfsmittel angezeigt?

[ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, welche?

|  |
| --- |
|       |

4. Unterschrift

Vorname, Name, Datum und Unterschrift

|  |
| --- |
|       |

Genaue Adresse (Praxis/Abteilung)

|  |
| --- |
|       |