

Arztbericht / Verlaufsbericht Therapien



Invalidenversicherung
Bahnhofplatz 3C
5001 Aarau
www.sva-ag.ch

Datum:
Zuständig:
Telefon:
Versicherten-Nr: 756.
(bitte bei Korrespondenz immer angeben)

Versicherter:
.....

Guten Tag

Wir haben ein Gesuch um Kostenübernahme einer Therapie erhalten.

Die obenerwähnte versicherte Person steht/stand bei Ihnen in ärztlicher Behandlung. In diesem Zusammenhang bitten wir Sie höflich um Ihre Stellungnahme zu den nachfolgenden Fragen.

Verfügen Sie über eine sichere Mailadresse, so können Sie Ihren Bericht auch gerne an ivhin@sva-ag.ch (Versichertennummer im Betreff) senden.

Wir danken Ihnen für eine baldige Antwort.

Freundliche Grüsse

SVA AARGAU

IV-Stelle

Arztbericht Therapien

- 1) Wie lautet die **Indikation** für die Therapie ?

- 2) Welche **Therapieziele** sollen mit der Therapie erreicht werden?

- 3) Welche **Therapieerfolge** (Verlängerung) konnten mit der Therapie bisher erzielt werden?

- 4) Werden **zusätzliche Therapien** durchgeführt? ☐ ja ☐ nein
 - a. Wenn ja, welche? Wie **viele Einheiten** werden pro Woche und pro Therapieart durchgeführt?

 - b. Wie unterscheiden sich diese **Behandlungsziele** von denjenigen der bisherigen Therapie?

 - c. Durch wen wurden die einzelnen Therapien verordnet und welcher Arzt bzw. welche Ärztin begleitet den **Gesamtbehandlungsplan**?

- 5) Wie viele **Einheiten** der Therapie pro Woche sind aus ärztlicher Sicht angezeigt um den therapeutischen Erfolg / Eingliederungserfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anzustreben?

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift: