|  |  |
| --- | --- |
| **Bericht** | **IM, Arbeit zur Zeitüberbrückung** |
| **Provisorischer / Definitiver Zwischen/Schlussbericht** | |

|  |  |
| --- | --- |
| Versichertennummer (NSS): | Xxx |
| Name | Xxx |
| Vorname: | Xxx |
|  |  |
| IV-Mitteilungsnummer: | Xxx |
| Dauer der Mitteilung: | Datum – Datum |
| Berichtzeitraum: | Datum – Datum |
|  |  |
| Art der Maßnahme | Xxx |
|  |  |
|  |  |
| Durchführungsstelle: | Name und Adresse |
| Bezugsperson: | Vorname und Name |
|  |  |
| Bericht zu Handen: | Kantonale IV-Stelle Wallis |
| IV-Bezugsperson: | Vorname und Name |
|  |  |

Zwischenbericht Datum der Berichtabgabe:

Schlussbericht provisorisch Datum der Berichtabgabe:

Schlussbericht definitiv Datum der Berichtabgabe:

Hinweise:

* Die Berichte sind der zuständigen Bezugsperson zuzustellen, per HIN-Mail oder allenfalls per normalen Mailverkehr, sofern die Anonymität gewährleistet wird.
* Anfangsmessung und Zwischenbericht ist 5 Kalendertage vor dem Gespräch zuzustellen.
* Schlussbericht, der provisorische Schlussbericht ist 5 Kalendertage vor dem Gespräch, der definitive Bericht ist 10 Kalendertage nach Ablauf der Mitteilung zuzustellen.
* Die gelb markierten Bereiche sowie alle Beurteilungen sind auszufüllen.

**Zusammenfassung, Ziele, Zielerreichung, Empfehlung**

## Festgelegte Ziele gemäss Zielvereinbarung

… individueller Text

**Zielerreichung**

Sind die vereinbarten Ziele erreicht worden? Wenn nein: wo und warum nicht?

… individueller Text

**Präsenzzeit**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Monat | Wochen | Stunden pro Tag | Tage pro Woche |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

… individueller Text

**Arbeitsfähigkeit**

Wurde die Arbeitsfähigkeit von 50% stabil beibehalten?

… individueller Text

**Arbeitsleistung**

Qualität

… individueller Text

Quantität

… individueller Text

Aufbau bzw. Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur

… individueller Text

Begründung einer allfälligen Minderleistung

… individueller Text

**Schlussfolgerung in Bezug der anfänglichen Ziele**

Gründe nennen, die beispielsweise zu einer Nicht-Steigerung des Pensums bzw. der Leistung führten

(subjektive Beschreibung durch die versicherte Person und Beobachtungen der Durchführungsstelle):

… individueller Text

# Ausgeführte Tätigkeiten, Ablauf, Inhalt und Beurteilung

## Ausgeführte Tätigkeiten

|  |  |
| --- | --- |
| Datum - Datum | Einsatzbereich / Institution oder Unternehmung / Ort |

## Ablauf und Inhalt der Integrationsmassnahme

|  |  |
| --- | --- |
| Monat | Ablauf und Inhalt |
| Monat |  |
| Monat |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Absenzen** | Anzahl mit Arztzeugnis | Anzahl ohne Arztzeugnis | Anzahl unentschuldigt |
| Datum – Datum |  |  |  |
| Datum – Datum |  |  |  |
| **Bemerkung**  … individueller Text | | | |

|  |
| --- |
| **Zusatzpausen** |
| Ja  Nein  **Bemerkung**  … individueller Text | |

Datum, Unterschrift