|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Versicherte Person (Vorname, Name)**      | **Geburtsdatum**      | **AHV-Nummer**      |

**Arzt** :

**Arztbericht für die Beurteilung des Anspruches von Erwachsenen auf**

**-** Massnahmen für die berufliche Eingliederung

**-** Rente

**Ergänzende Fragen :**

**Bitte beantworten Sie auch die zusätzlichen Fragen auf dem Beiblatt zum Arztbericht**

1. Bericht

1.1

Ursache der Arbeitsunfähigkeit

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

**Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Bestehend seit wann?**

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

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

**Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Bestehend seit wann?**

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

1.2

**Ambulante Behandlung durch Sie**

**vom bis**

I      I

**Datum der zwei letzten Kontrollen**

I      und

**Vor Ihnen durch seit**

I      I

**Nach Ihnen durch seit**

I      I

1.3

Stationäre Behandlung/Kur

**Wo?**

I

**Eintrittstag Entlassungstag**

I      I

1.4

**Medizinische Informationen**

**Anamnese (chronischer Verlauf, bisherige Therapie)**

I

**Aktuelle Symptome/aktueller Zustand**

I

**Subjektive Angaben des Patienten/objektiver Befund**

I

**Prognose**

I

1.5

**Art und Umfang der gegenwärtigen Behandlung**

I

**Aktuelle Medikation (einschl. Dosis)?**

**[ ]  keine**

**Welche?**

I

**Empfehlungen für die zukünftige Therapie**

I

1.6

**Medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20% für zuletzt ausgeübte Tätigkeit als (bitte Beruf angeben) :** I

 **% von bis**

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

1.7

**Fragen zur bisherigen Tätigkeit**

**Welche körperlichen, geistigen, psychischen Einschränkungen bestehen?**

I

**Wie wirken sie sich bei der Arbeit aus?**

I

**Ist die bisherige Tätigkeit aus medizinischer Sicht noch zumutbar?**

**[ ]  ja [ ]  nein**

**In welchem zeitlichen Rahmen?**

I

**Besteht dabei eine verminderte Leistungsfähigkeit?**

I

**[ ]  ja [ ]  nein**

**Wenn ja, warum, in welchem Ausmass?**

I

1.8

**Fragen zu möglichen Eingliederungsmassnahmen**

**Lassen sich die Einschränkungen durch medizinische Massnahmen vermindern?**

**[ ]  ja [ ]  nein**

**Wenn ja, mit welchen?**

I

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

I

1.9

**Benötigt die versicherte Person Hilfsmittel?**

**[ ]  ja** **[ ]  nein**

**Wenn ja, welche?**

I

1.10

**Ist die versicherte Person bei den alltäglichen Lebensverrichtungen auf Hilfe von Drittpersonen angewiesen?**

**[ ]  ja** **[ ]  nein**

**Wenn ja, seit wann?**

I

1.11

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

**[ ]  ja [ ]  nein**

**Wenn ja, ab wann und in welchem Umfang?**

 **% ab**

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

1.12

Bitte unbedingt ausfüllen:

**Ist aus medizinischer Sicht eine berufliche Umstellung zu prüfen?**

**[ ]  ja** **[ ]  nein**

**In welchem** Umfang **und** ab welchem Zeitpunkt **ist (unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen) eine andere Erwerbstätigkeit noch zumutbar?** Bitte beziehen Sie Ihre Angaben auf ein ***100%-Pensum (auch bei Teilerwerbstätigen)***.

In behinderungsangepasster Tätigkeit

*% oder Anzahl Stunden/Woche*

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

*Seit wann gelten die Angaben?*

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |

1.13

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

**[ ]  ja [ ]  nein**

**Wann?**

I

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

**Welche ?**

I

1.14

**Zusatzinformationen, Ergänzungen und Vorschläge, eventuell Beantwortung der ergänzenden Fragen**

I

2. Unterschrift

Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

I

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 Einsichtnahme zurückgesandt.

I

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Versicherte Person (Vorname, Name)**      | **Geburtsdatum**      | **AHV-Nummer**      |

 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Versicherte Person (Vorname, Name)**      | **Geburtsdatum**      | **AHV-Nummer**      |

 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Versicherte Person (Vorname, Name)**      | **Geburtsdatum**      | **AHV-Nummer**      |

 |

BEIBLATT ZUM ARZTBERICHT – Gesundheitliche Einschränkungen

**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 zumutbare Stunden pro Tag angeben | Angabe der Leistung in %, für die daneben aufgeführten zumut-baren Stunden pro Tag |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Konzentrationsvermögen | [ ]  uneingeschränkt | [ ]  eingeschränkt; Art:       |
| Auffassungsvermögen | [ ]  uneingeschränkt | [ ]  eingeschränkt; Art:       |
| Anpassungsfähigkeit | [ ]  uneingeschränkt | [ ]  eingeschränkt; Art:       |
| Belastbarkeit | [ ]  uneingeschränkt | [ ]  eingeschränkt; Art:       |

**Seit wann gelten die Angaben?**

|  |
| --- |
|       |

**Gibt es spezielle Punkte, die zu berücksichtigen sind (bspw. schrittweise Steigerung der Arbeitsfähig-keit, ruhiger Arbeitsplatz)?**

|  |
| --- |
|       |

**Wenn keine andere Tätigkeiten mehr möglich sind, wie lässt sich dies begründen ?**

|  |
| --- |
|       |

**Anregungen, Bemerkungen ?**

|  |
| --- |
|       |
|       |

4. Unterschrift

Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Eidgenössische Invalidenversicherung IV**Tarmed Rechnung (für elektronische Abrechnung ungeeignet)** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| IV-Stellennummer**323** | Rechnungsdatum | Rechnungsnummer | AHV-Nummer | Verfügungsnummer      |
| Versicherte/r : Name, Vorname, genaue Adresse, PLZ, Wohnort | IV-Stelle : Name, genaue Adresse, PLZ, Wohnort **Kantonale IV-Stelle Wallis**Av. de la Gare 15Postfach1950 Sion  |
| Rechnungssteller/in : Name, Vorname, genaue Adresse, PLZ, Wohnort | Wenn die Zahlung an eine Drittstelle (z.B. Bank) gewünscht wird : Name, Vorname, genaue Adresse, PLZ, Wohnort |
| NIF | EAN  | Postkonto der Drittstelle |
| Postkonto | Bankkonto |
| Leistungen nach Tarif |
| **Datum** | Leistungsdatum | **Tarif** | Tarifcode | **TarZ** | Tarifziffer | **BezZ** | Bezugziffer |
| **Si** | Sitzung | **Anz** | Anzahl | **MPt** | Taxpunktzahl med. |  **MPW** | Taxpunktwert med. Leistung |
| **TPt** | Taxpunktzahl techn. Leistung | **TPW** | Taxpunktwert techn. Leistung | **Betrag** | Gesamtbetrag pro Zeile |  **Betrag** | Leistungsbetrag |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Datum** | **Tarif** | **TazZ** | **BezZ** | **Si** | **Anz** | **MPt** | **MPW** | **TPt** | **TPW** | **Betrag** |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| Medikamente |  |  |  |  |  |  |  Gesamtbetrag / Übertrag : |        |
| Datum | Anz | Bezeichnung | Fr. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       |       |       |       |  | Gesamtbetrag Leistungen : |       |
|       |       |       |       |  |
|       |       |       |       |  | Gesamtbetrag Medikamente : |       |
|       |       |       |       |  |
|       |       |       |       |  | Gesamtbetrag : |       |
|       |       |       |       |  |
|       |       |       |       |  |  |  |
|       |       |       |       |  |  |
| Gesamtbetrag Medikamente : |       |  |  |
|  |  |  |
| Visum der IV-Stelle (Datum, Unterschrift, Stempel) :**Kantonale IV-Stelle Wallis** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Diagnose : |       |
|  | Bemerkungen : |       |
|  |  |  |  |  |  |  |       |
|  |  |  |  |  |  |  |       |
|  |  |  |  |  |  |  |       |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### Rechnung für ärztliche Berichte

Die Vergütung der ärztlichen Berichte erfolgt gemäss **TarMed**. Für die Abrechnung sind die zwischen der FMH einerseits und der MTK/MV/IV andererseits vertraglich vereinbarte Formular zu verwenden. Für die Abrechnung von Hand können die Formulare unter [**www.zmt.ch**](http://www.zmt.ch/)heruntergeladen werden. Die Formulare sind vollständig auszufüllen. Die für die Berichte anwendbaren Tarifziffern können der nachstehenden Aufstellung entnommen werden.

**Verbindlich ist der TarMed und dessen Regelwerk in der jeweils gültigen Version.**

Die Rechnungsstellung für die zahnärztlichen und kieferorthopädischen Berichte erfolgt weiterhin auf dem Formular "Rechnung des Zahnarztes/der Zahnärztin, 318.631 d/f/i" gemäss Zahnarzttarif Tarif SSO.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Form. Nr.** | **Inhalt** | **Tarifziffer** |
|  | Arztbericht für die Beurteilung des Anspruches auf Leistungen für Personen bis zum vollendeten 20. Altersjahr  | 00.223000.2240 |
|  | Arztbericht für die Beurteilung des Anspruches auf Leistungen von Erwachsenen | 00.223000.2240 |
|  | Beiblatt zum ärztlichen Bericht | 00.2205 |
|  | Kopien von ärztlichen Berichten (bis zu 10 Blätter) | 00.2260 |
|  | Kopien von ärztlichen Berichten (mehr als 10 Blätter) | 00.2265 |
|  | Augenärztlicher Verlaufsbericht | 00.2205 |
|  | Angaben zur Arbeitsunfähigkeit für die Rekonvaleszenzzeit | gratis |
|  | Zusätzlicher Fragebogen zur Bemessung der Hilflosigkeit (Minderjährige und Erwachsene) | 00.2205 |
|  | Fragebogen zur Bemessung der Hilflosigkeit | 00.223000.2240 |
|  | Ärztliche Berichte ohne Formular, zwischen 11 und 35 Linien | 00.2285 |
|  | Ärztliche Berichte ohne Formular, 35 Linien und mehr | 00.2295 |
|  | Zahnärztliche Beurteilung | 4041[[1]](#footnote-1) |
|  | Kieferorthopädische Abklärung (für den Kieferorthopäden SSO) | 4042[[2]](#footnote-2) |
| E 213 | Ausführlicher ärztlicher Bericht EU | 00.223000.2240 |
| E 213 | Einlageblätter je Blatt | 00.2205 |

1. Zahnarzttarif SSO [↑](#footnote-ref-1)
2. Zahnarzttarif SSO [↑](#footnote-ref-2)