|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 15  Postfach  1950 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 | 00.2230 00.2240 |
|  | Arztbericht für die Beurteilung des Anspruches auf Leistungen von Erwachsenen | 00.2230 00.2240 |
|  | 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 | 00.2230 00.2240 |
|  | 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 | 00.2230  00.2240 |
| E 213 | Einlageblätter je Blatt | 00.2205 |

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