Zur Person

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

Ärztliche Angaben

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Behandlung von |  | bis |
|  |  |
|  |  |       |  |       |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Letzte Untersuchung am |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Zwischenanamnese (chronologischer Verlauf, bisherige Therapie, aktuelle Symptome) |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

Fragen zur angeborenen Epilepsie (Ziff. 387 GgV)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Wird noch antiepileptisch behandelt? | [ ]  ja | [ ]  nein |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Besteht Anfallsfreiheit? | [ ]  ja | [ ]  nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Wenn ja, seit wann? |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Wenn nicht, wie häufig kommt es noch zu Anfällen? |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Wann wurde allenfalls die antiepileptische Therapie abgesetzt? |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Liegt noch eine larvierte oder maskierte Epilepsie vor? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  |
|  |  |       |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Wann wurde das letzte EEG mit Epilepsie-Potenzialen registriert? |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Vermuten Sie ein Epilepsie-Rezidiv? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  |
|  |  |       |  |  |
|  |  |  |  |  |

Hilflosigkeit

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Besteht ein behinderungsbedingter Mehraufwand an Hilfeleistung im Alltag? Bitte begründen Sie |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Besteht eine Selbst- oder Fremdgefährdung? Bitte begründen Sie |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

Unterschrift

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Vorname, Name der Ärztin/des Arztes |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Adresse Praxis (Abteilung) |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Ort, Datum |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Unterschrift |
|  |
|  |  |       |
|  |  |  |

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.

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

* Arztbericht einreichen

Drucken Sie den ausgefüllten Arztbericht aus. Schicken Sie die Blätter bitte lose. Verwenden Sie keine Heftklammern.

Arztbericht senden an:

SVA Zürich

IV-Stelle

Postfach

8087 Zürich