001/190

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| **Eidgenössische Invalidenversicherung IV**  **Gliederung der neuropsychologischen Abklärung und versicherungsmedizinischer Fragenkatalog** | | |  |
| **Name**, **Vorname der versicherten Person** | **AHV-Nummer** | **Geburtsdatum** | |
| Name und Vorname | AHV-Nummer | Geburtsdatum | |
| **Exemplar für:** | |  | |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |  | |

**Informationen zum Auftrag**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1. **Ausgangslage und Formelles**
   1. **Abwicklung des Abklärungsauftrages (Auftragsdatum, Explorationsdaten, Untersuchungsdauer, Dolmetscher, etc.)**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. **Anlass der Abklärung**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. **Grundlagen für die Abklärung**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1. **Aktenauszug**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1. **Untersuchung**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. **Anamnese**
     1. Jetziges Leiden, aktuelle subjektive Beschwerden und Funktionseinschränkungen

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + 1. Entwicklung und Verlauf der kognitiven Funktionsdefizite

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + 1. Biographische Anamnese

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + 1. Arbeitsanamnese

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + - 1. Beruflicher Werdegang

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + - 1. Letzter Arbeitsplatz inklusive detaillierter Tätigkeitsbeschreibung

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + - 1. Subjektive Angaben der versicherten Person zu den konkreten krankheitsbedingten Einschränkungen am letzten Arbeitsplatz

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + 1. Sozialanamnese

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + 1. Detaillierter Tagesablauf, Freizeitgestaltung, Hobbies

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + 1. Suchtstoffanamnese

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + 1. Selbsteinschätzung der versicherten Person in Bezug auf Diagnose, Krankheitskonzept, Arbeitsfähigkeit und Wiedereingliederung

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. **Objektive Befunde**
     1. Verhaltensbeobachtung, äussere Erscheinung

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + 1. Psychopathologischer Status

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + 1. Allgemeines Verhalten

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + 1. Durchgeführte Testverfahren

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + 1. Befunde

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + - 1. Allgemeine kognitive Leistungsfähigkeit

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + - 1. Aufmerksamkeit/Konzentrationsfähigkeit

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + - 1. Informationsaufnahme

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + - 1. Lernen und Gedächtnis

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + - 1. Exekutive Funktionen

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + - 1. Verarbeitungsgeschwindigkeit

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + - 1. Gegebenenfalls weitere Befunde (z.B. Zahlenverarbeitung/Sprache)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + - 1. Stellungnahme zu Leistungsmotivation und Testverhalten

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1. **Gegebenenfalls Angaben von Drittpersonen**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1. **Beurteilung**
   1. **Beurteilung und Einordnung der Beschwerden und Befunde**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. **Darstellung der Funktionseinschränkungen und Ressourcen**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. **Darstellung von deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. **Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit**
     1. Wie wirken sich die Störungen, Funktionsdefizite auf die bisherige Tätigkeit aus?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + 1. Ist die bisherige Tätigkeit noch zumutbar?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + 1. Wenn ja, in welchem zeitlichen Rahmen (Stunden pro Tag)?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + 1. Besteht dabei eine verminderte Leistungsfähigkeit? Wenn ja, in welchem Ausmass?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + 1. Darstellung der Entwicklung der Einschränkungen in der angestammten Arbeitstätigkeit (Beginn, Verlauf)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. **Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit (auch bei erhaltenem Arbeitsplatz bitte in jedem Fall Stellungnahme hierzu)**
     1. Sind der versicherten Person andere, dem Leiden angepasste Tätigkeiten zumutbar?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + 1. Wenn ja, welchen Anforderungen muss der Arbeitsplatz genügen, und was ist bei einer anderen Tätigkeit zu beachten?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + 1. In welchem zeitlichen Rahmen sind angepasste Tätigkeiten zumutbar (Stunden pro Tag)?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + 1. Besteht dabei eine verminderte Leistungsfähigkeit? Wenn ja, in welchem Ausmass?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + 1. Wenn keine anderen Tätigkeiten mehr zumutbar sind, wie lässt sich dies begründen?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + 1. Darstellung der Entwicklung der Einschränkungen in der adaptierten Arbeitstätigkeit (Beginn, Verlauf)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. **Bestehen unausgeschöpfte therapeutische Optionen? Welche? Prognose, bezogen auf die Arbeitsfähigkeit (angestammt und leidensadaptiert), mit und ohne Durchführung dieser therapeutischen Möglichkeiten?**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. **Zusatzfragen der IV-Stelle**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. **Zusatzfragen von Verfahrensbeteiligten**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. **Zusatzfragen der versicherten Person**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1. **Bemerkungen**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.