

1. Personalien

1.1 Persönliche Angaben

Name

auch Name als ledige Person

Vornamen

alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben

weiblich männlich

Geburtsdatum

Tag, Monat, Jahr

Versichertennummer

AHV 13-stellig, beginnend mit 756

1.2 Gesetzlicher Wohnsitz mit genauer Adresse

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

Telefonnummer

E-Mail

Aktueller Aufenthaltsort (falls abweichend vom gesetzlichen Wohnsitz, z. B. Spital- oder Heimaufenthalt)

Name der Institution

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

1.3 Beistandschaft und Vorsorgeauftrag

Besteht eine Beistandschaft?

ja nein

Besteht ein Vorsorgeauftrag nach ZGB 360ff?

ja nein

Wenn ja, Name und Adresse des Beistandes/Vertreters

Wenn ja, legen Sie dieser Anmeldung eine Kopie der Ernennungsurkunde zur Beistandschaft oder des Vorsorgeauftrages bei.

Sitz der zuständigen Schutzbehörde

1.4 Aktuelle Situation

Zivilstand seit
Tag/Monat/Jahr

Personalien der Ehepartnerin/des Ehepartners bzw. der eingetragenen Partnerin/des eingetragenen Partners

Name Vornamen
auch Name als ledige Person alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben

Geburtsdatum Versichertennummer
Tag/Monat/Jahr AHV 13-stellig, beginnend mit 756

1.5 Allfällige frühere Ehe(n) oder eingetragene Partnerschaft(en)

Datum der Heirat/Eintragung

Zivilstand seit
Tag/Monat/Jahr

Personalien der früheren Partnerin/des früheren Partners

Name Alle Vornamen
Auch Name als ledige Person Rufname in Grossbuchstaben

Geburtsdatum Versichertennummer
Tag, Monat, Jahr AHV 13-stellig, beginnend mit 756

2. Kinder

Bitte geben Sie uns alle Ihre Kinder an, auch wenn diese bereits volljährig sind.

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht	Allf. Todesdatum	Status
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <small>Tag, Monat, Jahr</small>	<input type="radio"/> w <input type="radio"/> m	<input type="text"/> <small>Tag, Monat, Jahr</small>	<input type="radio"/> eigenes Kind <input type="radio"/> Stiefkind <input type="radio"/> Pflegekind
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <small>Tag, Monat, Jahr</small>	<input type="radio"/> w <input type="radio"/> m	<input type="text"/> <small>Tag, Monat, Jahr</small>	<input type="radio"/> eigenes Kind <input type="radio"/> Stiefkind <input type="radio"/> Pflegekind
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <small>Tag, Monat, Jahr</small>	<input type="radio"/> w <input type="radio"/> m	<input type="text"/> <small>Tag, Monat, Jahr</small>	<input type="radio"/> eigenes Kind <input type="radio"/> Stiefkind <input type="radio"/> Pflegekind
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <small>Tag, Monat, Jahr</small>	<input type="radio"/> w <input type="radio"/> m	<input type="text"/> <small>Tag, Monat, Jahr</small>	<input type="radio"/> eigenes Kind <input type="radio"/> Stiefkind <input type="radio"/> Pflegekind

3. Allgemeine Angaben

3.1 Erwerbstätigkeit

Art der Beschäftigung

Pensum in %

Name und Adresse des Arbeitgebenden

3.2 Leistungen infolge Arbeitsunfähigkeit

Haben Sie seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit Leistungen von einer der folgenden Stellen erhalten?

einer Krankentaggeldversicherung?

Name und Adresse der Versicherung inkl. Referenznummer

der SUVA oder einer anderen Versicherung im Rahmen der obligatorischen Unfallversicherung?

Name und Adresse der Versicherung inkl. Unfall- und/oder Referenznummer

der Militärversicherung?

Name und Adresse der Versicherung inkl. Unfallnummer

der beruflichen Vorsorge?

Name und Adresse der Vorsorgeeinrichtung

der Sozialhilfe?

Name und Adresse der Sozialhilfestelle

der Arbeitslosenversicherung oder der regionalen Arbeitsvermittlung (RAV)?

Name und Adresse der Arbeitslosenkasse (wenn Arbeitslosenentschädigung bezahlt wurde) oder des RAV

Ihrem Arbeitgeber?

4. Zahlungsverbindung

Bankkonto Postkonto

lautend auf

Name/Vorname

IBAN

Name und Adresse der Bank

5. Ermächtigung zur Erteilung von Auskünften

Mit der Geltendmachung des Leistungsanspruchs und der Unterzeichnung dieses Formulars ermächtigt die versicherte Person oder ihr/e Vertreter/in die in der Anmeldung erwähnten Personen und Stellen, den Organen der Invalidenversicherung alle Auskünfte zu erteilen und alle Unterlagen zur Verfügung zu stellen, die für die Abklärung von Leistungs- und Regressansprüchen erforderlich sind. Diese Personen und Stellen sind zur Auskunft verpflichtet.

Die in diesem Formular nicht namentlich erwähnten Arbeitgeber, Leistungserbringer nach den Artikeln 36–40 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG), Versicherungen und Arbeitsstellen sind ermächtigt, den Organen der Invalidenversicherung auf Anfrage alle Auskünfte zu erteilen und alle Unterlagen zur Verfügung zu stellen, die für die Abklärung von Leistungs- und Regressansprüchen erforderlich sind.

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars ermächtigt die versicherte Person oder ihre Vertreterin/ihr Vertreter auch Anwälte/Anwältinnen für den Rückgriff auf Dritte Auskunft zu geben.

Diese Ermächtigung berechtigt die IV-Stelle, die für die Eingliederung infrage kommenden Stellen (behandelnde Ärzte, Arbeitgebende, Institutionen) zu informieren.

6. Unterschrift/Beilagen

Der/die Unterzeichnete bestätigt, dass sämtliche Angaben in diesem Formular und den dazugehörenden Beilagen wahrheitsgetreu und vollständig sind.

Datum

Unterschrift des/der Versicherten oder des Vertreters/der Vertreterin

Adresse des Vertreters/der Vertreterin, sofern der/die Versicherte nicht unterschreiben kann

Bemerkungen

Der Anmeldung sind beizulegen:

- Vollständig ausgefülltes Attest Ihres behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin gemäss Punkt 7
- Kopie eines aktuellen Personalausweises (z. B. Familienbüchlein)
- Für ausländische Staatsangehörige: Kopie des Ausländerausweises
- Kopie der Ausbildungsbestätigung, falls Sie Kinder in Ausbildung zwischen dem 18. und 25. Altersjahr haben

Gegebenenfalls sind beizulegen:

- Ausbildungsbescheinigungen und Belege von Lehrbetrieben, Hochschulen und Arbeitgebenden, Kopie des Scheidungs- oder Trennungsurteils, inkl. Rechtskraftbescheinigung oder der gerichtlich genehmigten Scheidungs- oder Trennungskonvention bzw. analoger Dokumente bei eingetragenen Partnerschaften, Kopien der Geburtsscheine der Kinder, Lebensbescheinigung, Todesschein, Ernennungsurkunde zur Beistandschaft, Vorsorgeauftrag

7. Ärztliches Attest

Bitte von Ihrem behandelnden Arzt/ Ihrer behandelnden Ärztin ausfüllen lassen

7.1 Angaben zum Gesundheitszustand (Art, Einfluss auf Arbeitsfähigkeit)

7.2 Angaben zur Arbeitsunfähigkeit

Hat die versicherte Person seit der Rentenherabsetzungs- bzw. Rentenaufhebungsverfügung eine Tätigkeit ausgeübt?

ja

Wie hoch ist die Arbeitsunfähigkeit bis heute für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit, bezogen auf ein 100% Pensum?

nein

Wie hoch ist die Arbeitsunfähigkeit bis heute für Tätigkeiten, die in der Rentenherabsetzungs- bzw. Rentenaufhebungsverfügung als zumutbar erachtet wurden, bezogen auf ein 100% Pensum?

AUF in %

von

bis

Tag, Monat, Jahr

Tag, Monat, Jahr

7.3 Prognose

Ab wann kann die versicherte Person die Tätigkeit nach Ziff. 7.2 wieder ausüben (Prognose)?

Braucht es besondere Bedingungen?

7.4 Ressourcen

Welche Ressourcen/andere Fähigkeiten hat die versicherte Person, falls sie die Tätigkeit gemäss Ziff. 7.2 nicht mehr ausüben kann?

7.5 Ergänzende Bemerkungen

Für das Beilegen der Kopien von aktuellen und zweckdienlichen Berichten (z. B. von Spitälern oder Spezialärzten) danken wir Ihnen bereits im Voraus.

7.6 Unfall oder Schadenereignis

Ist die gesundheitliche Beeinträchtigung ganz oder teilweise zurückzuführen auf:

- einen Unfall (z. B. Strassenverkehr, Ausübung beruflicher oder sportlicher Aktivität, Gewaltdelikt, usw.)
- ein anderes Schadenereignis (z. B. mögliche ärztliche Sorgfaltspflichtverletzung, Infekt in einem Spital, Schädigung durch Tiere, durch Produkte, Suizidversuch, usw.)

Ergänzende Bemerkungen zum Ereignis

7.7 Unterschrift

Vorname, Name, Datum und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Genaue Adresse (Praxis/Abteilung)

Zur Verrechnung dieses Fragebogen ist die TarMed Position 00.2205 (Verlaufsbericht IV) zu verwenden. Die dafür benötigte Konsultation und Untersuchung können Sie uns zusätzlich nach Tarif in Rechnung stellen.

8. Einreichungsstelle

Die Anmeldung ist der IV-Stelle des Wohnsitzkantons zuzustellen.

