

1. Personalien

1.1 Persönliche Angaben

Name

auch Name als ledige Person

Vornamen

alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben

Geburtsdatum

TT, MM, JJJJ

Versichertennummer

AHV 13-stellig. Die AHV-Nummer finden Sie auch auf Ihrer schweizerischen Krankenversicherungskarte.

Zivilstand

seit

TT, MM, JJJJ

Jahrgänge der Kinder

Telefonnummer

E-Mail

Aktueller Aufenthaltsort (falls abweichend vom gesetzlichen Wohnsitz)

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

2. Angaben zum Gesundheitszustand

2.1 Aktueller Gesundheitszustand

Ist Ihr Gesundheitszustand gleich geblieben?

ja nein

Hat sich Ihr Gesundheitszustand

verbessert verschlechtert

Seit wann?

Worin besteht die allfällige Änderung?

Wurde eine allfällige Verschlechterung ganz oder teilweise durch eine Drittperson herbeigeführt?

ja nein

2.2 Arzt, Spital oder Pflegeheim

Bei wem stehen Sie in ärztlicher Behandlung? (Für die Durchführung der Revision sind wir auf aktuelle medizinische Angaben angewiesen)

Name und Adresse

Fachrichtung

Für welche Leiden?

In Behandlung seit

Datum der letzten Kontrolle

TT, MM, JJJJ

TT, MM, JJJJ

Name und Adresse

Fachrichtung

Für welche Leiden?

In Behandlung seit

Datum der letzten Kontrolle

TT, MM, JJJJ

TT, MM, JJJJ

2.3 Dritthilfe

Sind Sie zur Erledigung der alltäglichen Lebensverrichtungen (An-/Auskleiden/Aufstehen/Absitzen/Abliegen/Essen/Körperpflege/Verrichtung der Notdurft/Fortbewegung/Pflege gesellschaftlicher Kontakte) auf die Hilfe von Dritten angewiesen oder ist Hilfe bei der Alltagsstrukturierung nötig?

ja nein

In welchen Bereichen und seit wann?

3. Angaben zur Tätigkeit

3.1 Form der Tätigkeit

Sind Sie

unselbständig erwerbend

selbständig erwerbend

im eigenen Haushalt tätig

nicht erwerbstätig

Unselbständigerwerbende (ganz- oder teilzeitbeschäftigt)

Name und Adresse Ihrer Arbeitgeber

Hinweis: Die IV-Stelle verlangt bei Ihrem Arbeitgeber Angaben zu Ihrem Arbeitsverhältnis.

Selbständigerwerbende

Wie hoch war Ihr Einkommen in den letzten drei Kalenderjahren?

Jahr

CHF

Bitte legen Sie diesem Fragebogen die Buchhaltungsunterlagen bei.

3.2 Freiwilligenarbeit

Gehen Sie einer freiwilligen Arbeit nach (auch unentgeltlich)?

ja nein

Welcher?

Üben Sie politische und/oder öffentliche Mandate aus (auch unentgeltlich)?

ja nein

Welche?

3.3 Arbeitszeit

Falls sich seit der Zusprache/letzten Überprüfung Ihr Gesundheitszustand geändert hat:

Vor Änderung des Gesundheitszustandes

Nach Änderung des Gesundheitszustandes

Stunden pro Tag

Stunden pro Woche

Stunden pro Tag

Stunden pro Woche

Seit

3.4 Berufliche Veränderung

Erfolgte seit Zusprechung der Rente/seit der letzten Revision eine berufliche Veränderung aus gesundheitlichen Gründen?

ja nein

Welche?

3.5 Leistungen der 2. Säule

Erhalten Sie Leistungen von einer Institution der 2. Säule (Pensionskasse, Personalvorsorgestiftung etc.)?

Name und Adresse der Vorsorgeeinrichtung

4. Unterschrift/Beilagen

Der/die Unterzeichnete bestätigt, sämtliche Angaben in diesem Formular und den dazugehörigen Anlagen wahrheitsgetreu und vollständig erteilt zu haben.

Datum

Unterschrift des/der Versicherten oder des Vertreters/der Vertreterin

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

Ihre Beilagen und ergänzende Bemerkungen

5. Einreichungsstelle

Der Fragebogen ist der IV-Stelle des Wohnsitzkantons der versicherten Person zu retournieren.