

**Fragebogen:
Revision der Invalidenrente**



Invalidenversicherung
Bahnhofplatz 3C
5001 Aarau
www.sva-ag.ch

Datum:
Zuständig:
Telefon:
Versicherten-Nr:

Revision Ihrer Invalidenrente

Guten Tag

Die IV-Stelle fördert die berufliche Wiedereingliederung aktiv. Wir prüfen daher, ob Sie – mit der entsprechenden Unterstützung der IV-Stelle – allenfalls in der Lage sind, erste Schritte zurück ins Erwerbsleben zu unternehmen.

Wir bitten Sie daher, den Fragebogen möglichst detailliert auszufüllen und uns diesen innert 20 Tagen zurückzusenden.

Freundliche Grüsse

IV-Stelle Aargau

Fragebogen: Revision der Invalidenrente

Personalien

Vorname	Familienname
Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)	AHV-Nummer
Zivilstand	Seit
Telefonnummer	Mobile

1. Persönliche Situation

> 1.1

Bitte beschreiben Sie uns stichwortartig wie ein durchschnittlicher Tagesablauf bei Ihnen aussieht.

> 1.2

Eine passende Arbeit kann bei vielen Menschen in gesundheitlich schwierigen Situationen einen positiven Einfluss auf die Gesundheit und die Lebenszufriedenheit haben.

Was denken Sie, wie wäre dies bei Ihnen?

trifft nicht zu							trifft voll und ganz zu		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

> 1.3

Die IV-Stelle unterstützt Sie mittels Beratung und Massnahmen bei der Rückkehr in die Arbeitswelt.

Können Sie sich vorstellen, mit einer entsprechenden Unterstützung, eine passende Tätigkeit aufzunehmen?

trifft nicht zu							trifft voll und ganz zu		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

> 1.4

Was zählt zu Ihren Stärken?

> 1.5

Welche der nachstehend aufgeführten Lebensumstände treffen auf Sie zu?

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- | | |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stabiles soziales Umfeld | <input type="checkbox"/> unterstützender Lebenspartner |
| <input type="checkbox"/> gute soziale Kontakte | <input type="checkbox"/> hohe Leistungsbereitschaft |

> 1.6

Was könnte – abgesehen von der gesundheitlichen Situation – Ihre berufliche Wiedereingliederung möglicherweise erschweren?

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- | | |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Finanzielle Schwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Alleinerziehend |
| <input type="checkbox"/> Kinderbetreuung | <input type="checkbox"/> Langdauernde Erwerbslosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Andere Gründe: | |

> 1.7

Haben sich Ihre persönlichen oder familiären Verhältnisse seit der Rentenzusprache oder der letzten Rentenrevision verändert (z.B. Heirat, Scheidung, Tod Ehepartner, Geburt eines Kindes etc.)?

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Ja (Bitte um Beschreibung der Veränderung; allfällige Unterlagen/Urkunden sind in Kopie beizulegen) |

2. Berufliche Situation

> 2.1

Haben Sie seit der Rentenzusprache bzw. der letzten Rentenrevision versucht, wieder eine Arbeitstätigkeit aufzunehmen?

ja

nein

Was für eine Tätigkeit übten Sie damals aus?

Bitte berichten Sie über den Verlauf des Arbeitsversuches?

> 2.2

Was für eine berufliche Tätigkeit können Sie sich unter Beachtung Ihrer gesundheitlichen Probleme vorstellen?

> 2.3

Haben Sie in den letzten Jahren einen Kurs, eine Aus- oder Weiterbildung besucht?
Falls ja welche?

> 2.4

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. Gesundheitliche Situation

> 3.1

Wie wirken sich Ihre gesundheitlichen Beschwerden im Alltag aus?

> 3.2

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung oder unter ärztlicher Kontrolle?

ja

nein

Wenn ja bei wem?

(bitte Namen und Adressen der behandelnden Ärzte angeben)

> 3.3

Wie häufig waren Sie in den vergangenen 3 Monaten bei einem Arzt?

> **3.4**

Welche Medikamente nehmen Sie in der Letzten Zeit regelmässig ein?

4. Ermächtigung zur Erteilung von Auskünften

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars ermächtigt die versicherte Person oder ihr/e Vertreter/in die in diesem Fragebogen 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. Diese Ermächtigung berechtigt die IV-Stelle ebenfalls, die in die Eingliederung involvierten Stellen (behandelnde Ärzte, Arbeitgeber, Institutionen) soweit notwendig zu informieren.

5. Unterschrift/Beilagen

Sind Sie damit einverstanden, dass bei einem Arztwechsel unsere medizinischen Unterlagen dem neuen Arzt/Ärztin zugestellt werden können?

ja

nein

Der/die Unterzeichnete bestätigt, sämtliche Angaben in diesem Formular und den dazugehörenden Anlagen wahrheitsgetreu und vollständig ausgefüllt zu haben

Datum

Unterschrift des/der Versicherten oder des Vertreters/der Vertreterin