**Assessment Früherfassung**

|  |  |
| --- | --- |
| **Case Management** |       |
| **Bericht vom**  |       | **Erstgespräch vom:** |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Personalien** | **Versicherten-Nr. / PEID** |  |
| **Name** |       | **Eingang FE-Meldung** |  |
| **Vorname** |       | **Geburtsdatum** |       |
| **Strasse** |       | **Zivilstand** |       |
| **PLZ Ort** |       | **Tel./Mobil** |       |
|  |       | **Email** |       |

|  |
| --- |
| **Versicherungsmässige Voraussetzungen** |
| **FE erfüllt** | [ ]  Ja, die versicherte Person hat zuletzt in Liechtenstein gearbeitet.  |
| [ ]  Nein. Die IV FL ist nicht zuständig  |

|  |
| --- |
| **Arbeitsunfähigkeits-Daten (AUF)** |
| **Beginn der AUF und in welchem Pensum**  |       |

|  |
| --- |
| **Versicherungen (involviert)** |
| **KTG** |       |
| **UVG** |       |
| **ALV** |       |
| **BVG / PK** |       |
| **Sozialhilfe**  |       |

|  |
| --- |
| **Arbeitgeber** |
| **Aktueller / letzter AG Ansprechperson** |       |

|  |
| --- |
| **Ärzte / Therapeuten** |
| **Hausarzt**  |       |
| **Weitere behandelnde Ärzte / Spitäler /Therapeuten** |       |
| **Schul- und Berufsbildung / Berufserfahrung** |
|  | **Liechtenstein**  | **Ausland (Wo?)** |
| **Anzahl Schuljahre** |       |       |
| **EDV-Kenntnisse** |       | **Fahrausweise/Auto** |       |
| **Sprachen** |       | **Besondere Kenntnisse** |       |
| **Bezeichnung** | **Dauer (Jahre/Mte.)** | **Land** | **Abschluss** |
| **Lehrberuf (Anlehre) als** |       |       |       | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| **Studium als** |       |        |       | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| **Weiterbildung(-en)** |       |        |       | [ ]  Ja [ ]  Nein |

|  |
| --- |
| **Aktuelle / Letzte Erwerbssituation** |
| **Arbeitsinhalt konkrete Beschreibung der zuletzt ausgeübten Tätigkeit körperlich und geistig** |       |
| **Arbeitsrelevante Probleme** |       |
| **Angaben zum BetriebAnzahl Mitarbeiter, Arb.Zeiten,**  |       |
| **Anstellung seit** |       | **Pensum pro Jahr in %** |       |
| **Bruttolohn pro Jahr vor der Einschränkung** |       | **Bruttolohn pro Jahr nach Anpassung** |       |
| **Gekündigt per** |       | **Kündigungsgrund** |       |
| **Gekündigt durch** |       |

|  |
| --- |
| **Berufliche Perspektiven / Eingliederungspotential** |
| **Was wurde im Betrieb aufgrund Ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung bereits unternommen? (Umplatzierung Abteilung / Büro, Anpassung Arbeitsplatz, Anpassung einzelner Teilbereiche, Arbeitszeitreduktion, etc.)** |       |
| **Wie sieht der Arbeitgeber die aktuelle und zukünftige Situation?** |       |
| **Welche Vorstellungen haben Sie im Hinblick auf eine weitere Arbeitstätigkeit?** |       |
| **Wie kann Sie die IV dabei unterstützen?** |       |
| **Ressourcen für die Eingliederung?(Stärken, Talente, Erfahrungen, Verfügbarkeit)** |       |
| **Was könnte eine Eingliederung erschweren? (Fehlende Ausbildung, Sprache, Umfeld, Familie, usw.)** |       |
| **Besteht ein aktives Netzwerk? (Arbeitgeber, Familie, Bekannte, Freunde, andere)** |       |

|  |
| --- |
| **Medizinische Situation** |
| **Diagnose gemäss Arzt** |       |
| **Wie schränkt Sie das Leiden ein?** |       |
| **Seit wann?** |       |
| **Sofern mehrere gesundheitliche Leiden vorliegen, welche sind vordergründig?** |       |
| **Weiterer Heilverlauf / geplante medizinische Massnahmen?** |       |
| **Wie wirkt sich die aktuelle Situation auf die psychische Gesundheit aus? Sind Sie in fachärztlicher Behandlung? Frequenzen?** |       |
| **Gegenwärtige Medikamente? Dosis?** |       |
| **Frühere Krankheiten?**  |       |
| **Frühere Unfälle?**  |       |
| **Wie sieht der Hausarzt die Situation bzgl. Wiedereingliederung / zeitlicher Rahmen?** |       |
| **Wie sieht der Facharzt die Situation bzgl. Wiedereingliederung / zeitlicher Rahmen?** |       |

|  |
| --- |
| **Finanzielle Situation** |
| **Lohnfortzahlung durch KTG, UVTG, ALV, PK, private Vorsorge, Sozialhilfe, Rente** |  |
| **Erwerbstätigkeit Lebenspartner** |  |
| **Schulden?** |  |
| **Alimente?** |  |

|  |
| --- |
| **Soziales** |
| **Lebensumstände (Familie, Freunde, Kultur, Beziehungen, usw.), Hobbies, Wohnen / Haushalt** |       |

|  |
| --- |
| **Persönliche Einschätzung** |
| **Was denken Sie über die zukünftige Entwicklung Ihres Zustandes?** |       |
| **Was müsste aus Ihrer Sicht passieren, damit Sie Ihre Arbeit wieder aufnehmen können?** |       |
| **Was können Sie selber dazu beitragen?** |       |
| **Wann glauben Sie zu Ihrer gewohnten Arbeit im gewohnten Pensum zurückkehren zu können?** |       |

|  |
| --- |
| **Zusammenfassende Einschätzung des CM** |
| **Motivation für berufliche Integration** |  |
| **Problemlösungsverhalten** |  |
| **Realitätsbezug** |  |
| **Nachvollziehbarkeit der AUF** |  |
| **Psychosoziale / nicht medizinische Probleme** |  |
| **Bemerkungen** |  |

|  |
| --- |
| **Weiteres Vorgehen** |
|  |