**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 Betrieb Anzahl 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** |
|  |