|  |  |
| --- | --- |
| **Eidgenössische Invalidenversicherung IV** Beiblatt zum Arztbericht |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Versichertennummer |

|  |
| --- |
|  |
|  |

Bitte Hinweise auf der Rückseite der

beiliegenden Rechnung beachten Versanddatum 23.05.2017 /

|  |  |
| --- | --- |
| **Versicherte Person**: Name, Vorname, genaue Adresse, PLZ, Wohnort  (evtl. zusätzlich gesetzl. Vertreter)            geboren am | Name und Adresse des Arztes/der Ärztin |
|  |  |

**Beiblatt zum Arztbericht**

Beim obgenannten Kind werden Leistungen im Zusammenhang mit einer angeborenen Hüftdysplasie (Ziffer 183 Ggv ) geltend gemacht.

Wir bitten Sie :

1. Um Angabe der Daten der Ultraschalluntersuchungen und der jeweiligen Befunde (inkl. Typeneinteilung nach Graf).
2. Um Angabe der Daten von Röntgen- oder andern Untersuchungen und der jeweiligen Befunde.
3. Bemerkungen :

Datum Stempel und Unterschrift des Arztes/ der Ärztin