|  |  |
| --- | --- |
| **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 angeborenen cerebralen Lähmungen (Ziffer 390 GgV ) geltend gemacht.

Wir bitten Sie folgende Fragen zu beantworten :

1. Wie manifestiert sich klinisch

1.1 die Spastizität ?

1.2 die Athetose ?

1.3 die Ataxie ?

2. Wie wirkt sich die oben genannte Symptomatik aus auf

2.1 Alltagsfunktionen ?

2.2 auf den (späteren) Schulbesuch ?

2.3 auf die (spätere) Eingliederung ins Erwerbsleben ?

3. Bemerkungen :

Datum Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin