|  |  |
| --- | --- |
| **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