|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Invalidenversicherungs-Stelle Impasse de la Colline 1, Postfach, 1762 Givisiez |  |  |
| Name und Adresse des Arztes |  | **AHV-Nummer:**  **Gesuch vom**  **Réf :**  **T**  **I/Zeichen:** |
| Givisiez, |  |  |

|  |
| --- |
|  |

**Name, Vorname der versicherten Person:**

**Geboren am**

**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