|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Invalidenversicherungs-StelleImpasse 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**

**Arztbericht für die Beurteilung des Anspruches auf Leistungen für Personen bis zum vollendeten 20. Altersjahr**

Med. Massnahmen [ ]  Berufliche Massnahmen [ ]  Hilfsmittel [ ]

[ ]  Beantworten Sie bitte auch die zusätzlichen Fragen auf dem Beiblatt.

**A. Diagnosen:** Erstmals gestellt am:

Wirkt sich der Gesundheitszustand auf den Schulbesuch oder die berufliche Ausbildung aus?

 [ ]  ja [ ]  nein seit wann?

**B. Liegen ein oder mehrere Geburtsgebrechen gemäss GgV vor?** [ ]  ja [ ]  Nein

Wenn Ja, Ziffer(n):

**C. Allgemeine Fragen an den Arzt/die Ärztin:**

1. Der Gesundheitszustand der versicherten Person ist [ ]  stationär [ ]  besserungsfähig [ ]  sich verschlechternd
2. Kann durch med. Massnahmen die Möglichkeit einer späteren Eingliederung ins
Erwerbsleben wesentlich verbessert werden? [ ]  ja [ ]  nein
3. Benötigt die versicherte Person Behandlungsgeräte oder Hilfsmittel [ ]  ja [ ]  nein
4. Benötigt die versicherte Person Behandlung/Therapie? [ ]  ja [ ]  nein
5. Besteht ein behinderungsbedingter Mehraufwand an Hilfeleistung
oder persönlicher Überwachung im Vergleich zu einem Nicht-
behinderten gleichen Alters? Wenn ja, seit wann? [ ]  ja [ ]  nein

**D. Ärztliche Angaben:**

1. Behandlung vom       bis

Bei Neugeborenen Intensivbehandlung vom       bis

1. Letzte Untersuchung vom
2. Anamnese

1. Angegebene Beschwerden

1. **Erhobene Befunde inkl. Angaben zu den korrigierten Visuswerten. Lassen sich diese nicht bestimmen, bitte angeben, ob das betroffene Auge zentral fixieren kann. Diese Frage bezieht sich auf den Zustand beim Beginn der Behandlung.**

1. Spezialärztliche Untersuchungen:
2. Behandlungsplan (Beginn/Dauer), Prognose:

1. Haben Sie therapeutische Massnahmen in Hauspflege [ ]  ja [ ]  nein

 verordnet und wenn ja: welche, wie oft und wie lange, durch wen?

**E. Beilagen**

Wir bitten Sie, Berichte von Spitälern und Spezialärzten/-ärztinnen zuhanden unseres ärztlichen Dienstes beizulegen oder diese genau zu bezeichnen, damit wir sie selbst anfordern können. Originalberichte werden nach Einsichtnahme zurückgesandt.

Datum Stempel und Unterschrift des Arztes