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

**Beiblatt zum Arztbericht - Plastische Operation**

Es wird Kostengutsprache für eine plastische Operation verlangt.

Zusatzfragen:

1. Art der Entstellung / Behinderung:

2. Wie sind die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit?

3. Haben Sie Kenntnis von andern Erkrankungen des Versicherten, wenn ja, von welchen?

Datum Stempel und Unterschrift des Arztes