IV-Stelle Zug

Baarerstrasse 11

Postfach

6302 Zug

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Versanddatum:  **Angaben zur versicherten Person**  Name:  Vorname:  Strasse:  PLZ/Ort:  Geb.-Datum:   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 7 | 5 | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   Vers.-Nr.:  Gesetzliche/r Vertreter/in: | **Name und Adresse des Arztes / der Ärztin**  Name:  Vorname:  Strasse:  PLZ/Ort:  Telefon-Nr: |

|  |
| --- |
| 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. die Spastizität?      * 1. die Athetose?      * 1. 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: |
| 4. Unterschrift    Ort und Datum Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin |