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 auf2.1 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 |