Formular zurücksetzen

Beiblatt zum Arztbericht

Eidgenössische Invalidenversicherung IV

Versanddatum:

IV-Stelle Zug
Baarerstrasse 11
Postfach
6302 Zug

Angaben zur versicherten Person	**Name und Adresse des Arztes / der Ärztin**
Name: _____	Name: _____
Vorname: _____	Vorname: _____
Strasse: _____	Strasse: _____
PLZ/Ort: _____	PLZ/Ort: _____
Geb.-Datum: _____	Telefon-Nr: _____
AHV-Nr.: _____	
Gesetzliche/r Vertreter/in: _____	

Beim obgenannten Kind werden Leistungen im Rahmen eines **POS (Ziffer 404 GgV)** geltend gemacht.

Wir bitten Sie folgende Fragen zu beantworten.

1. Wenn Sie nicht alle Befunde selber erhoben haben, durch wen und wann wurden welche Befunde erhoben? (Bitte vorhandene Berichte zur Einsicht zustellen.)

2. Wie äussern sich die Störungen

   2.1 des Verhaltens?

   2.2 des Antriebes?

0000000000000009050011

2.3 des Erfassens?

2.4 der Konzentrationsfähigkeit?

2.5 der Merkfähigkeit?

3. Wie hoch ist der IQ? _____

   Testmethode? _____

4. Welche anderen Tests wurden durchgeführt? Bitte Testergebnisse beilegen.

5. Wann wurde die Diagnose eines frühkindlichen POS gestellt? Durch wen?

6. Wann wurde erstmals eine spezifische Behandlung durchgeführt?

7. Bemerkungen

8. Unterschrift

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin