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 Zusammenhang mit **angeborenen cerebralen Lähmungen (Ziffer 390 GgV)** geltend gemacht.

Wir bitten Sie, folgende Fragen zu beantworten.

1. Wie manifestiert sich klinisch

   1.1 die Spastizität?

   1.2 die Athetose?

   1.3 die Ataxie?

0000000000000009050011

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

Formular zurücksetzen