



**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.: <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
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?

---

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