|  |
| --- |
| **Beiblatt zum Arztbericht** |

Vers.-Nr.

Nachname Vorname

|  |  |
| --- | --- |
| Empfänger: | Anschrift Arzt |

Beim obgenannten Kind werden Leistungen im Zusammenhang mit angeborenen cerebralen Lähmungen
(Ziffer 390 GgV) geltend gemacht.

1. Wie manifestiert sich klinisch
	1. die Spastizität?

|  |
| --- |
|       |

* 1. die Dyskinesie?

|  |
| --- |
|       |

* 1. die Ataxie?

|  |
| --- |
|       |

1. Wie wirkt sich die oben genannte Symptomatik aus auf
	1. Alltagsfunktionen?

|  |
| --- |
|       |

* 1. auf den (späteren) Schulbesuch?

|  |
| --- |
|       |

* 1. auf die (spätere) Eingliederung ins Erwerbsleben?

|  |
| --- |
|       |

1. Bemerkungen:

|  |
| --- |
|       |