|  |
| --- |
| **Beiblatt zum Arztbericht für Jugendliche vom** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Empfänger: |  |
|  |  |
| Versicherter: |  |
|  |  |

**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:

|  |
| --- |
| IV \_1426 |