|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Invalidenversicherungs-Stelle Impasse de la Colline 1, Postfach, 1762 Givisiez |  |  |
| Name und Adresse des Arztes |  | **AHV-Nummer:**  **Gesuch vom**  **Réf :**  **T**  **I/Zeichen:** |
| Givisiez, |  |  |

|  |
| --- |
|  |

**Name, Vorname der versicherten Person:**

**Geboren am**

Beim obgenannten Kind werden Leistungen im Zusammenhang mit einer angeborenen Hüftdysplasie (Ziffer 183 Ggv) geltend gemacht.

Wir bitten Sie:

1. Um Angabe der Daten der Ultraschalluntersuchungen und der jeweiligen Befunde inkl. Typeneinteilung nach Graf und den entsprechenden Winkelwerten:
2. Um Angabe der Daten von Röntgen- oder andern Untersuchungen und der jeweiligen Befunde:
3. Bemerkungen:

Datum Stempel und Unterschrift des Arztes