|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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**

**Beiblatt zum Arztbericht - Ohrenoperation**

Es wird Kostengutsprache für eine Ohrenoperation verlangt.

Zusatzfragen:

1. Welche Operation ist vorgesehen oder wurde bereits durchgeführt?

2. Operationsindikation (Bitte um Beilage des Reintonaudiogramms):

3. Auf welchen Zeitpunkt hin ist der Klinikaufenthalt vorgesehen oder wann erfolgte dieser?

4. Wie wirkt sich das Ohrenleiden auf die Arbeitsfähigkeit aus?

5. Liegen noch andere Ohrenerkrankungen vor und wenn ja, welche?

6. Haben Sie Kenntnis von anderen Erkrankungen des Versicherten, wenn ja, von welchen?

Datum Stempel und Unterschrift des Arztes