|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 - Plastische Operation**

Es wird Kostengutsprache für eine plastische Operation verlangt.

Zusatzfragen:

1. Art der Entstellung / Behinderung:

2. Wie sind die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit?

3. Haben Sie Kenntnis von andern Erkrankungen des Versicherten, wenn ja, von welchen?

Datum Stempel und Unterschrift des Arztes