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

Vers.-Nr.

Nachname Vorname

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

Beim obgenannten Kind werden Leistungen im Rahmen eines POS (Ziffer 404 GgV) geltend gemacht.

1. Wenn Sie nicht alle Befunde selber erhoben haben, durch wen und wann wurden welche Befunde erhoben?  
   (Bitte vorhandene Berichte zur Einsicht zustellen).

|  |
| --- |
|  |

2. Wie äussern sich die Störungen:

2.1. des Verhaltens?

|  |
| --- |
|  |

2.2. des Antriebes?

|  |
| --- |
|  |

2.3. des Erfassens?

|  |
| --- |
|  |

2.4. des Konzentrationsfähigkeit?

|  |
| --- |
|  |

2.5. der Merkfähigkeit?

|  |
| --- |
|  |

4. Welche anderen Tests wurden durchgeführt? Bitte Testergebnisse beiliegen.

|  |
| --- |
|  |

5. Wann wurde die Diagnose eines frühkindlichen POS gestellt? Durch wen?

|  |
| --- |
|  |

6. Wann wurde erstmals eine spezifische Behandlung durchgeführt?

|  |
| --- |
|  |

7. Bemerkungen:

|  |
| --- |
|  |