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

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

**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).

1. Um Angabe der Daten von Röntgen- oder andern Untersuchungen und der jeweiligen Befunde.

1. Bemerkungen:

|  |
| --- |
| IV \_1424 |