|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kieferorthopädische  Abklärung |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Kieferorthopädische Abklärung:

Bitte Arztbericht ausfüllen und retournieren

Guten Tag

Ihre Patientin, Ihr Patient hat gesundheitliche Einschränkungen, die zu einer IV-Anmeldung führten.   
Für die rasche Prüfung benötigt die IV-Stelle Ihre kompetente Unterstützung.

Wir bitten Sie deshalb, den beiliegenden Arztbericht zu beantworten, wenn der Verdacht auf ein   
Geburtsgebrechen gemäss Ziffer 208, 209, 210, 214 oder 218 (GgV) vorliegt.

Weitere Informationen zur Zusammenarbeit mit den IV-Stellen finden Sie auf der Homepage   
[www.iv-pro-medico.ch](http://www.iv-pro-medico.ch).

Bitte füllen Sie den Arztbericht elektronisch oder von Hand aus und senden Sie ihn danach bitte so rasch   
als möglich an die Invalidenversicherung zurück. Sie können den Arztbericht auch auf unserer Website   
herunterladen.

Wir danken Ihnen und grüssen Sie freundlich.

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Versicherte Person (Vorname, Name) | Geburtsdatum | AHV-Nummer |

Überweisung

Name und Adresse des/der von der IV anerkannten Fachzahnarztes/Fachzahnärztin für Kieferorthopädie der/die mit der IV-Abklärung betraut wird

|  |
| --- |
|  |

Die versicherte Person ist orientiert, dass sie durch den Fachzahnarzt/ die Fachzahnärztin aufgeboten wird, wenn dies für die IV-Abklärung erforderlich ist.

Beilagen

Formular «Zahnärztliche Beurteilung» (Kopie für den/die von der IV anerkannte(n) Fachzahnarzt/Fachzahnärztin für Kieferorthopädie)

Fakultativ:

Studienmodelle

Orthopantomogramm oder Röntgenstatus

weitere Unterlagen (z.B. Berichte des Kieferorthopäden)

|  |
| --- |
|  |

Bemerkungen

|  |
| --- |
|  |

Die unterzeichnete Zahnärztin/der unterzeichnete Zahnarzt wünscht die für die IV-Begutachtung

erstellten Unterlagen

Unterschrift

Datum, Stempel, Name und Unterschrift des/der überweisenden Zahnarztes/Zahnärztin

|  |
| --- |
|  |

Abklärung der Leistungsberechtigung

1. Befunde

War eine persönliche Untersuchung des/der Versicherten für die IV-Abklärung notwendig?

ja  nein

Wenn ja, wann?

|  |
| --- |
|  |

Die auf dem Formular «Zahnärztliche Beurteilung» notierten Befunde werden bestätigt

ja  nein

Ergänzungen zum klinischen und/oder Modellbefund

|  |
| --- |
|  |

2. Kephalometrischer Befund

Bitte geben Sie uns die gemessenen Winkelwerte, ggf. abgerundet auf den gesamten Teil ohne Dezimalstellen an.   
  
Fernröntgenbild vom

|  |
| --- |
|  |

Winkel ANB

|  |
| --- |
|  |

Kieferbasenwinkel (Spa-Spp/Me-Go)

|  |
| --- |
|  |

3. Zungendiagnostik

Abklärung hinsichtlich angeborener Makroglossie

Ist eine operative Zungenverkleinerung indiziert?

ja  nein

Wenn ja, wann?

|  |
| --- |
|  |

4. Diagnose

|  |
| --- |
|  |

1. Abklärung der Leistungsberechtigung

Liegt Ihrer Meinung nach ein Geburtsgebrechen gemäss Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV) vor?

ja  nein

Wenn ja:

Unter welcher Ziffer der Verordnung subsumieren Sie das Geburtsgebrechen?

|  |
| --- |
|  |

Art der Behandlung (kieferorthopädisch/chirurgisch/rekonstruktiv, etc.)

|  |
| --- |
|  |

vom bis

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Durchführungsstellen

|  |
| --- |
|  |

6. Bemerkungen

|  |
| --- |
|  |

7. Unterschrift

Datum, Stempel, Name und Unterschrift des/der von der IV anerkannten Fachzahnarztes/Fachzahnärztin für Kieferorthopädie

|  |
| --- |
|  |

GLN-Nummer

|  |
| --- |
|  |