

CP 1055, 1951 Sion

Kontaktperson:

Direktwahl:

I/Ref.:

Sitten, 12. Februar 2020

Zahnärztliche Beurteilung

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

Guten Tag

Ihr/e Patient/in hat eine IV-Anmeldung führten. Für die rasche Prüfung benötigt die IV-Stelle Ihre kompetente Unterstützung.

Wir bitten Sie deshalb, den beiliegenden Arztbericht zu beantworten, soweit Ihnen dies von Ihrem Fachgebiet und Ihrem Patientendossier her möglich ist.

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 zurück. Sie können den Arztbericht auch auf unserer Website herunterladen.

Begründet die klinische Untersuchung den Verdacht auf das Bestehen skelettaler Anomalien oder einer Makroglossie (Verdacht auf Ziffer 208, 209, 210, 214, 218 GgV), so ist eine weitere Abklärung durch einen/eine von der IV anerkannte(n) Fachzahnarzt/Fachzahnärztin Kieferorthopädie Ihrer Wahl notwendig. Dazu ist ihm/ihr das beiliegende Formular «Kieferorthopädische Abklärung» zuzustellen. Vorgängig ist die Rubrik «Überweisung» auszufüllen. Bereits vorhandene zudienende Unterlagen bitten wir Sie beizulegen. Besteht der erwähnte Verdacht nicht, so ist das beiliegende Formular zu vernichten.

Wir danken Ihnen und grüssen Sie freundlich.

**KANTONALE IV-STELLE WALLIS**

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

Zahnarzt :

**Befunde**

Untersuchung vom

|  |
| --- |
|  |

1. **Gebiss und Kiefer**

**1.1**

Stand der Gebissentwicklung

Zahnappell

Sind die zentralen, bleibenden Inzisivien durchgebrochen?

ja  nein

**1.2**

Okklusionsverhältnisse

Angle Klasse  I  II  III

Overjet (mm)

|  |
| --- |
|  |

Overbite (mm)

|  |
| --- |
|  |

Tiefer Biss

Vertikal offener Biss  vorne  seitlich welche Zähne?

Kreuzbiss  vorne  seitlich welche Zähne?

Buccale Nonokklusion  welche Zähne?

Andere Okklusionsanomalien  welche?

1. **Zähne**

**2.1**

Liegt eine der folgenden Anomalien vor?

Unterzahl (Anodontia partialis)

Unterzahl welcher Zähne?

|  |
| --- |
|  |

Überzahl (Hyperodontia)

Doppelanlage welcher Zähne?

|  |
| --- |
|  |

**2.2**

Verursacht die Hyperodontia

eine intramaxilläre oder intramandibuläre Okklusionsanomalie, zu deren Behebung eine apparative Behandlung unerlässlich ist?

eine Verlagerung normaler Zahnkeime?

**2.3**

Dysplasien der Zähne

Welche Zähne der 2. Dentition sind hochgradig befallen?

|  |
| --- |
|  |

1. **Zunge**

Liegt eine Missbildung vor?

ja  nein

Wenn ja, welche?

|  |
| --- |
|  |

1. **Gesicht und Schädel**

**4.1**

Wird eine skelettale Anomalie vermutet?

ja  nein

**4.2**

Liegt eine Missbildung vor?

ja  nein

Wenn ja, welche?

|  |
| --- |
|  |

1. **Diagnose**

|  |
| --- |
|  |

1. **Besondere Fragen**

**6.1**

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

ja  nein

Wenn ja, unter welcher Ziffer der Verordnung subsumieren Sie das Geburtsgebrechen?

|  |
| --- |
|  |

**6.2**

Name und Adresse des/der von der IV anerkannten Fachzahnarztes/Fachzahnärztin Kieferorthopädie, der/die bei Verdacht auf das Vorliegen eines Geburtsgebrechens nach Ziffer 208, 209, 210, 214, 218 GgV mit der weiteren Abklärung betraut wird.

Name

|  |
| --- |
|  |

Postleitzahl, Ort Strasse, Hausnummer

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

**6.3**

Bedarf die versicherte Person einer zahnärztlichen Behandlung für die Heilung ihres Geburtsgebrechens?

ja  nein

Behandlung vom bis

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

**6.4**

Falls die Behandlung nicht von Ihnen durchgeführt wird, durch wen bzw. wo?

|  |
| --- |
|  |

1. **Bemerkungen**

|  |
| --- |
|  |

1. **Unterschrift**

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

|  |
| --- |
|  |

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

Zahnarzt, der das Mandat erteilt (nur bei Verdacht auf eine angeborene Behinderung nach den Nummern 208, 209, 210, 214 oder 218 GgV) :

**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 durch den von der IV anerkannte(n) Fachzahnarzt Kieferorthopädie**

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

|  |
| --- |
|  |

1. **Kephalometrischer Befund**

Bitte geben Sie uns die gemessenen Winkelwerte inklusive der ersten Dezimalstelle an. Beachten Sie, dass eine mathematische Rundung einzig für die Errechnung der ersten Dezimalstelle zulässig ist.  
  
Fernröntgenbild vom

|  |
| --- |
|  |

Winkel ANB

|  |
| --- |
|  |

Kieferbasenwinkel (Spa-Spp/Me-Go)

|  |
| --- |
|  |

1. **Zungendiagnostik**

Abklärung hinsichtlich angeborener Makroglossie

Ist eine operative Zungenverkleinerung indiziert?

ja  nein

Wenn ja, wann?

|  |
| --- |
|  |

1. **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

|  |
| --- |
|  |

1. **Bemerkungen**

|  |
| --- |
|  |

1. **Unterschrift**

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

|  |
| --- |
|  |

GLN-Nummer

|  |
| --- |
|  |