Eidgenössische Invalidenversicherung (IV)

AHV-Nummer

**Kieferorthopädische Abklärung**

|  |  |
| --- | --- |
| **Versicherte/r** : Name, Vorname, genaue Adresse, PLZ, Wohnort(evtl. gesetzlicher Vertreter)                          | Name und Adresse des behandelnden Zahnarztes                           |

|  |
| --- |
| Kantonale IV-Stelle WallisBahnhofstrasse 15Postfach1950 Sitten |

Nur notwendig bei Verdacht auf Vorliegen eines Geburtsgebrechens gemäss Ziffern 208, 209, 210, 214 und 218 GgV.

Bitte mit Schreibmaschine ausfüllen.

Zutreffendes ankreuzen.

**A. Überweisung**

Name und Adresse des Kieferorthopäden SSO, der mit der weiteren IV-Abklärung betraut wird :

**Beilagen :**

- Formular « Zahnärztliche Beurteilung » (Kopie für den Kieferorthopäden SSO)

 Fakultativ :

- [ ]  Studienmodelle

- [ ]  Orthopantomogramm oder Röntgenstatus

- [ ]  Weitere Unterlagen (z.B. frühere Berichte des Kieferorthopäden)

Die Eltern des Versicherten sind orientiert, dass ihr Kind durch den Kieferorthopäden SSO aufgeboten wird, wenn dies für die IV-Abklärung erforderlich ist.

**Bemerkungen :**

Wünscht der unterzeichnende Zahnarzt die für die IV-Begutachtung erstellten Unterlagen ? ja [ ]  nein [ ]

Ort und Datum Praxisstempel und Unterschrift

 des überweisenden Zahnarztes

**B. Abklärung der Leistungsberechtigung**

**1. Befunde**

 War eine persönliche Untersuchung des Versicherten für die IV-Abklärung erforderlich ? ja [ ]  nein [ ]

 Wenn ja, Datum :

 Werden die auf dem Formular „Zahnärztliche Beurteilung“ notierten Befunde bestätigt ? ja [ ]  nein [ ]

Ergänzungen zum klinischen und/oder Modellbefund :

**2. Kephalometrischer Befund**

 Fernröntgenbild vom :

**3**. **Zungendiagnostik** (Abklärung hinsichtlich angeborener Makroglossie)

 Ist eine operative Zungenverkleinerung indiziert ? ja [ ]  nein [ ]

 Wenn ja, Datum :

 Ist eine logopädische Anschlussbehandlung notwendig ? ja [ ]  nein [ ]

**4. Diagnose**

**5. Abklärung der Leistungsberichtigung**

* 1. Liegt Ihrer Meinung nach ein Geburtsgebrechen gemäss Verordnung über

 Geburtsgebrechen (GgV) vor ? ja [ ]  nein [ ]

 Wenn ja, unter welcher Ziffer der Verordnung :

* 1. Bedarf der Versicherte besonderer Behandlung für die Heilung eines

 Geburtsgebrechens ? ja [ ]  nein [ ]

 Wenn ja, vom       bis

 Durchführungsstelle :

**6. Bemerkungen**

Ort und Datum:       Praxisstempel und Unterschrift

 des Kieferorthopäden SSO

GLN-Nummer :

Der Kieferorthopäde SSO schickt diese Kopie direkt an den überweisenden Zahnarzt und legt die erhaltenen Unterlagen sowie allfällige weitere notwendige Unterlagen bei.