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 Wallis  Bahnhofstrasse 15  Postfach  1950 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.