

Zahnärztliche Beurteilung

Zahnärztliche Beurteilung: 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, 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.

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.

Versicherte Person (Vorname, Name)	Geburtsdatum	Versichertennummer
------------------------------------	--------------	--------------------

Befunde

Untersuchung vom _____

1. Gebiss und Kiefer

> **1.1**
 Stand der Gebissentwicklung
 Zahnappell

Sind die zentralen, bleibenden Inzisiven 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
 Andere Okklusionsanomalien welche?

2. 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?

Formatiert: Einzug: Links: 0 cm, Hängend: 0.63 cm

3. Zunge

Liegt eine Missbildung vor?
 ja nein
Wenn ja, welche?

4. Gesicht und Schädel

> **4.1**
Wird eine skelettale Anomalie vermutet?
 ja nein

> **4.2**
Liegt eine Missbildung vor?
 ja nein
Wenn ja, welche?

5. Diagnose

6. 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?

7. Bemerkungen

Empty box for notes.

8. Unterschrift

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

Empty box for signature and stamp.

