

# Zahnärztliche Beurteilung

IV-Stelle Luzern  
Landenbergstrasse 35  
Postfach  
6002 Luzern

**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](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.

## 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

Kreuzbiss  vorne

Buccale Nonokklusion

Andere Okklusionsanomalien

seitlich

seitlich

welche Zähne?

welche Zähne?

welche Zähne?

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?

\_\_\_\_\_

### 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.