

Kieferorthopädische Abklärung

IV-Stelle Luzern
Landenbergstrasse 35
Postfach
6002 Luzern

Kieferorthopädische Abklärung: 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, wenn der Verdacht auf ein Geburtsgebrechen gemäss Ziffer 208, 209, 210, 214 oder 218 (GgV) vorliegt.

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 an die Invalidenversicherung zurück. Sie können den Arztbericht auch auf unserer Website herunterladen.

Wir danken Ihnen und grüssen Sie freundlich.

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

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

2. Kephalometrischer Befund

Bitte geben Sie uns die gemessenen Winkelwerte, ggf. abgerundet auf den gesamten Teil ohne Dezimalstellen an.

Fernröntgenbild vom

Winkel ANB

Kieferbasenwinkel (Spa-Spp/Me-Go)

3. Zungendiagnostik

Abklärung hinsichtlich angeborener Makroglossie

Ist eine operative Zungenverkleinerung indiziert?

ja nein

Wenn ja, wann?

4. Diagnose

5. 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

6. Bemerkungen

7. Unterschrift

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

GLN-Nummer
