

Zahnärztliche Beurteilung

Bitte 1. Seite des original Arztberichtes beilegen (OCR-Code).

Datum:
Zuständig:
Direktwahl:
Versicherten-Nr:

Versicherter:

Bitte mit Schreibmaschine oder PC ausfüllen und innert 30 Tagen an die IV-Stelle zurücksenden.

A. Befunde

Untersuchung vom: .....

1. Gebiss und Kiefer

1.1. Stand und Gebissentwicklung
Zahnappell



1.2. Okklusionsverhältnisse

Angle Klasse [ ] I [ ] II [ ] III

Overjet ..... mm

Tiefer Biss [ ]

Overbite ..... mm

Vertikal offener Biss [ ] vorne [ ] seitlich welche Zähne?

Kreuzbiss [ ] vorne [ ] seitlich welche Zähne?

Nonokklusion [ ] welche Zähne?

Andere Okklusionsanomalien [ ] welche?

1.3. Zähne

Liegt eine der folgenden Anomalien vor?

1.3.1. [ ] Unterzahl (Anodontia partialis) welche Zähne?

1.3.2.  Ueberzahl (Hyperodontie)

Doppelanlage welcher Zähne?

Verursacht die Hyperodontie

eine Okklusionsanomalie, zu deren Behebung eine apparative Behandlung unerlässlich ist?

Verlagerung normaler Zahnkeime?

1.3.3. Dysplasien der Zähne

Welche Zähne der 2. Dentition sind befallen und bei welchen ist eine zirkuläre Umfassung voraussehbar?

**2. Zunge**

2.1. Liegt eine Missbildung vor?  ja  nein welche?

**3. Gesicht und Schädel**

3.1. Wird eine skelettale Anomalie vermutet?  ja  nein

3.2. Liegt eine Missbildung vor?  ja  nein welche?

**B. Diagnose**

**C. Besondere Fragen**

Richtlinien betreffend die Eidgenössische Invalidenversicherung (IV) sind im Tarifvertrag für zahnärztliche Leistungen im Abschnitt Hinweise für den Zahnarzt im Verkehr mit Versicherungen enthalten.

1. Besteht nach Ihrer Meinung ein Geburtsgebrechen gemäss Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV)?

ja  nein

Wenn ja, unter welcher Ziffer der Verordnung subsumieren Sie das Geburtsgebrechen? .....

2. Begründet die klinische Untersuchung den Verdacht auf das Bestehen skelettaler Anomalien oder einer Makroglossie (Verdacht auf Ziffer 208, 209, 210, 214 GgV), so ist eine weitere Abklärung durch einen/e Kieferorthopäden/in SSO Ihrer Wahl notwendig. Dazu ist ihm/ihr das beiliegende Formular "Kieferorthopädische Abklärung" zuzustellen. **Vorgängig ist sein Teil A auszufüllen.** Bereits vorhandene zudienende Unterlagen sind beizulegen. Besteht der erwähnte Verdacht nicht, so ist das beiliegende Formular zu vernichten.

Name und Adresse des/der Kieferorthopäden/in SSO, der/die bei Verdacht auf Vorliegen eines Geburtsgebrechens nach Ziffer 208, 209, 210, 214 GgV mit der weiteren Abklärung betraut wird:

3. Bedarf die versicherte Person zahnärztlicher Behandlung für die Heilung seines Geburtsgebrechens?

ja  nein

Wenn ja, vom ..... bis

Falls die Behandlung nicht von Ihnen durchgeführt wird, durch wen bzw. wo?

**Bemerkungen:**

Datum

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes / der Zahnärztin