|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Invalidenversicherungs-Stelle Impasse de la Colline 1, Postfach, 1762 Givisiez |  |  |
| Name und Adresse des Arztes |  | **AHV-Nummer:**  **Gesuch vom**  **Réf :**  **T**  **I/Zeichen:** |
| Givisiez, |  |  |

**Name, Vorname der versicherten Person:**

**Geboren am**

**Zahnärztliche Beurteilung / Geburtsgebrechen**

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 Fragebogen 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.sso.ch.

Bitte füllen Sie den Arztbericht elektronisch oder von Hand aus und senden Sie diesen zurück. Sie können den Arztbericht (Formular 002.020) auch auf unserer Website herunterladen (www.ivfr.ch).

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 Facharzt/Fachärztin 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.

*Um Ihre Antwort schneller bearbeiten zu können, benützen wir bei Posteingang den sogenannten OCR-Leser. Falls Sie die Dokumente elektronisch ausfüllen, müssen Sie uns diese per Post zustellen. Die erste Seite unseres per Post zugestellten Formulars, auf welchem unsere OCR-Nummer aufgeführt ist, legen Sie bitte bei.*

**Wichtige Hinweise**

* **Patienten mit Trisomie 21:**

Die Trisomie 21 ist am 01.03.2016 als Geburtsgebrechen Ziffer 489 in die Liste der   
IV-anerkannten Geburtsgebrechen aufgenommen worden. Die Behandlungen von Zahn- und Kieferleiden, die zum engen Symptomenkreis der Trisomie 21 gehören, können von der IV ab 01.03.2016 finanziert werden, ohne dass die Kriterien der Ziffern 205 - 210 GgV erfüllt sein müssen.

Sollten die Beschwerden im vorliegenden Fall in einem engen kausalen Zusammenhang mit der Trisomie 21 stehen, so danken wir Ihnen für Ihre entsprechenden Darlegungen.

* **Geburtsgebrechen gemäss Ziffer 205, 206 und 207 GgV:**

Betreffend Fälle im Sinne von Ziffer 205, 206 und 207 GgV danken wir für die Zustellung der entsprechenden Fotodokumentation und der Röntgenbilder.

Die Aufnahmen müssen mit dem Namen der versicherten Person und dem Datum der Aufnahme versehen sein.

In Fällen von Gg 205 benötigen wir Mund-Fotos, die alle vorhandenen Zähne zeigen.

* **Alignerbehandlungen:**

Aligner-Behandlungen können seit dem 01.01.2022 nur noch ausnahmsweise und ausschliesslich in Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen Ziffer 205 GgV von der IV übernommen werden.

Folgende vier Voraussetzungen müssen dazu erfüllt sein:

1. Es liegt eine Anerkennung der Leistungspflicht der IV für Ziffer 205 GgV vor;
2. Die zu behandelnde kieferorthopädische Problematik muss eine direkte Folge der unter Ziffer 205 GgV versicherten Zahndsyplasie sein;
3. Eine Kostenübernahme von Alignerbehandlungen unter Ziffer 205 GgV ist grundsätzlich nur ab vollendetem 13. Lebensjahr möglich;
4. Bei der IV-Stelle sind *vor* dem Behandlungsbeginn einzureichen:
5. Eine fallbezogene Begründung für die Wahl dieser Behandlungsmethode durch den kieferorthopädischen Behandler;
6. Eine Kostenschätzung für zahnärztliche Leistungen und eine separate Kostenschätzung für Laborkosten (allfällige Rabatte des Herstellers sind hier aufzuführen und in der Abrechnung an den Kostenträger weiterzugeben);
7. Die Angabe der Summe der bereits aufgelaufenen Kosten für die kieferorthopädische Behandlung im vorliegenden Fall.

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | AHV-Nummer:  Versicherte Person:  Geboren am |

**Befunde DRINGENDER FALL  ja  nein**

**Untersuchung vom**

|  |
| --- |
|  |

**1. Gebiss und Kiefer**

* **1.1**

**Stand und Gebissentwicklung**

**Zahnappell**

**Ist der Frontzahnwechsel abgeschlossen?**

ja  nein

**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  seitlich welche Zähne?

Kreuzbiss  vorne  seitlich welche Zähne?

Buccale Nonokklusion  welche Zähne?

Andere Okklusionsanomalien  welche?

1. **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**

|  |
| --- |
|  |

**8. Unterschrift**

Datum, Name und Unterschrift des Zahnarztes/der Zahnärztin