

**Invalidenversicherung**

Bahnhofplatz 3C

5001 Aarau

www.sva-ag.ch

Zahnärztliche Beurteilung

|  |
| --- |
|  |
|  |  |

|  |
| --- |
| E-Mail: Invalidenversicherung@sva-ag.chÖffnungszeiten: Montag-Freitag 08.00 - 17.00 Uhr |
| AZ\_Zahn, 002.020, D, 01/2016 |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: |  |
| Zuständig: |  |
| Telefon: |  |
| Versicherten-Nr: |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Versicherte: |  |
|  |
|  |

Zahnärztliche Beurteilung:

Geburtsgebrechen

Guten Tag

Wir haben eine Anmeldung für medizinische Massnahmen erhalten. Für die rasche Prüfung benötigt die IV-Stelle Ihre kompetente Unterstützung.

Wir bitten Sie deshalb, den beiliegenden Fragebogen zu beantworten und uns so rasch wie möglich zurück zu senden. Sie können den Arztbericht auch auf unserer Website herunterladen. Weitere Informationen zur Zusammenarbeit mit den IV-Stellen finden Sie auf der Homepage <http://www.iv-pro-medico.ch>.

Begründet die klinische Untersuchung den Verdacht auf das Bestehen skelettaler Anomalien oder einer Makro­glossie (**Ziffer 208, 209, 210, 214, 218 GgV-EDI**), so ist eine weitere Abklärung durch einen/eine Fach­zahnarzt/Fachzahnärztin Kieferorthopädie Ihrer Wahl notwendig. Dazu ist die Rubrik «Über­weisung» auszufüllen.

Besteht ein Verdacht auf angeborene Dysplasien der Zähne (**Ziffer 205 GgV-EDI**) so bitten wir Sie zusammen mit diesem ausgefüllten Formular die Röntgenbilder sowie Mund-Fotos, die alle vorhandenen Zähne zeigen, einzureichen. Die Fotos müssen den Namen der versicherten Person sowie das Datum der Aufnahme enthalten. Wir bitten Sie, uns diese **Bilder** **digitalisiert** an iv@sva-ag.ch (Versichertennummer im Betreff) zuzustellen.

Wir danken Ihnen und grüssen Sie freundlich.

Befunde

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-EDI)?

[ ]  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-EDI
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, Stempel und Unterschrift des Zahnarztes/der Zahnärztin

|  |
| --- |
|       |