|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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**

**Kieferorthopädische Abklärung / 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, 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.sso.ch.

Bitte füllen Sie den Arztbericht elektronisch oder von Hand aus und senden Sie diesen bitte zurück. Sie können den Arztbericht (Formular 002.021) auch auf unserer Website herunterladen ([www.aifr.ch](http://www.aifr.ch)).

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 |

**Überweisung**

Name und Adresse des/der von der IV anerkannten Fachzahnarztes/Fachzahnärztin für Kieferorthopädie der 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 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, Name und Unterschrift des/der überweisenden Zahnarztes/Zahnärztin

|  |
| --- |
|  |

**Abklärung der Leistungsberechtigung**

**1. Befunde**

War eine persönliche Untersuchung des 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 inklusive der ersten Dezimalstelle an. Beachten Sie, dass   
eine mathematische Rundung einzig für die Errechnung der ersten Dezimalstelle zulässig ist.

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**

|  |
| --- |
|  |

1. **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, usw.)

|  |
| --- |
|  |

vom bis

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

Durchführungsstellen

|  |
| --- |
|  |

**6. Bemerkungen**

|  |
| --- |
|  |

**7. Unterschrift**

Datum, Name und Unterschrift des/der von der IV anerkannten Facharztes/Fachärztin für Kieferorthopädie

|  |
| --- |
|  |