|  |
| --- |
| Liechtensteinische AHV-IV-FAK  Invalidenversicherung  Gerberweg 2  9490 Vaduz |

**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.

Bitte füllen Sie den Arztbericht elektronisch (<https://www.ahv.li/online-schalter/formulare>)

oder mit Schreibmaschine aus und senden Sie ihn danach bitte so rasch als möglich an die Invalidenversicherung zurück.

Freundliche Grüsse

Liechtensteinische AHV-IV-FAK

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Versicherte Person (Vorname, Name) | Geburtsdatum | Versichertennummer |

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 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 „Zahnärztlicher Beurteilung“ notierten Befunde werden bestätigt

ja  nein

Ergänzungen zum klinischen und/oder Modellbefund

|  |
| --- |
|  |

2. Kephalometrischer Befund

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

|  |
| --- |
|  |