

Merkblatt für die IV Anmeldung

Sie haben zwei Möglichkeiten:

1. Ausfüllen des Formulars per Internet:
<http://www.ahv.ch/Home-D/allgemeines/formulare/318532d.PDF>
ausdrucken, unterschreiben und abschicken per Post an untenstehende Adresse.
2. Wir können Ihnen auch das Formular bei Ihrem nächsten Praxisbesuch mit nach Hause geben. Dann brauchen Sie dieses nur noch auszufüllen, zu unterschreiben und abzuschicken.

Formular vollständig ausfüllen:

Für den zahnärztlichen Teil haben wir Ihnen folgende Hilfe zusammengestellt: Bitte Fettgedrucktes wie folgt im Formular ergänzen.

5. Angaben über die Behinderung

- 5.1 Wurde die Behinderung herbeigeführt durch: **Geburtsgebrechen (ankreuzen)**
- 5.2 Nähere Angaben über die Art der Behinderung: **Fehlstellung von Kiefern & Zähnen**
- 5.3 Seit wann besteht die Behinderung? **Seit Geburt**
- 5.5 Wer hat den Versicherten ärztlich behandelt?
- 5.5.1 zuletzt: **Dr. med. dent. S. Johner-Spinnler
Steinerstr. 47
3006 Bern
Tel: 031 352 46 07**
- 5.7 Welche Versicherungsleistungen werden beansprucht? **Kieferorthopädische Behandlung**

Unterschreiben Sie bitte nun das Formular und schicken Sie es die IV-Stelle Ihres Wohnkantons:

BE	Eidg. Invalidenversicherung IV-Stelle Bern Chutzenstrasse 10 Postfach 3001 Bern
FR	Office de' Assurance-Invalidité Canton Fribourg Case postale 1762 Givisiez
VD	Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud Avenue du Général-Guisan 8 1800 Vevey