

Primarschule



Altikon



Kanton Zürich  
Gesundheitsdirektion  
Schulzahnuntersuchung

## Gutschein 2022/2023

für eine kostenlose zahnärztliche Untersuchung im Rahmen der Schulzahnmedizin

**Wert:** Fr. 65.00

**Gültigkeit:** Schuljahr 2022/2023

**Adresse der Eltern/der Erziehungsberechtigten:**

**Name**

**Strasse**

**PLZ, Ort**

**betrifft Ihren Sohn/Ihre Tochter:**

**Vorname**

**Name**

**Geburtsdatum**

Durch die Zahnarztpraxis hier abtrennen

Primarschule



Altikon



Kanton Zürich  
Gesundheitsdirektion  
Schulzahnuntersuchung

## Untersuchung für das Schuljahr 2022/2023

Adresse der Eltern/Erziehungsberechtigten:

Name

Strasse

PLZ, Ort

betrifft Ihre Tochter/Ihren Sohn:

Vorname

Name

Geburtsdatum

**Mitteilung der Eltern an die Zahnärztin/den Zahnarzt:**

**Ich bin damit einverstanden, dass bei meinem Sohn/meiner Tochter**

- die Zähne mit Fluoridlack behandelt werden  einverstanden  nicht einverstanden
- Kontrollröntgenbilder angefertigt werden  einverstanden  nicht einverstanden  
(falls medizinisch angezeigt)

**Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten:** \_\_\_\_\_

(Hinweis: Ohne klares Einverständnis und Ihre Unterschrift werden die kostenlosen Röntgenbilder nicht hergestellt und die kostenlose Fluoridierung nicht durchgeführt.)



## Adresse des Schulsekretariats

Schule

Gemeinde

Strasse

PLZ, Ort

## Abrechnung der Zahnarztpraxis

Die vollständige Zürcher Schulzahnuntersuchung wurde durchgeführt am: \_\_\_\_\_

### Kosten

Untersuchungspauschale	Fr. 65.00
(Evtl. 2 BW-Röntgenbilder)	Fr. 38.40)

### Total

Fr. \_\_\_\_\_

Praxis/Klinikstempel/Unterschrift:

Mitteilung an die Zahnärztin/den Zahnarzt

### 1. Befundblatt

Es ist für jedes Kind pro Schuljahr ein vollständiger Befund gemäss den Vorgaben der „Zürcher Schulzahnuntersuchung“ zu erheben und in der Krankengeschichte zu dokumentieren. Auf Wunsch der Eltern soll eine Kopie des Befundes ausgehändigt werden. Eine Checkliste für die Untersuchung finden Sie auf der Webseite des Kantonszahnärztlichen Dienstes unter <https://www.zh.ch/de/gesundheit/gesundheitsberufe/zahnmedizin/schulzahnmedizin.html>

### 2. Röntgenbilder

Die oben genannte Schulgemeinde bezahlt während der Volksschulzeit zweimal ein Paar Bitewing-Röntgenbilder zum Preis von Fr. 38.40. Meistens sind die Röntgenbilder in der 1. Klasse der Primarschule und in der 2. Klasse der Oberstufe angezeigt. Die Indikationsstellung liegt bei Ihnen als untersuchende Zahnärztin/untersuchender Zahnarzt. Röntgenbilder setzen das Einverständnis der Eltern voraus.

### 3. Abrechnung

Bitte senden Sie Ihre abgestempelten Gutscheine bis Ende Juni 2023 zur Abrechnung an obenstehende Adresse, unter Beilage eines Einzahlungsscheines oder Angaben zur Bankverbindung. Besten Dank.

Im Einzelfall kann eine direkte Abrechnung zwischen Eltern und Schulsekretariat sinnvoll sein (keine Barauszahlung, Einzahlungsschein auf Konto der Eltern), Im Ausnahmefall soll eine Erstreckung der Einsendefrist möglich sein.



## Mitteilung der Zahnärztin/des Zahnarztes an die Eltern

### **Zurzeit ist keine Behandlung notwendig**

Auf Grund der heutigen Untersuchung besteht bei Ihrem Kind kein Behandlungsbedarf.  
Bitte melden Sie sich spätestens in einem Jahr wieder zu einer zahnärztlichen Untersuchung an.

### **Es sind zusätzliche Abklärungen notwendig**

Die heutige zahnärztliche Untersuchung hat ergeben, dass bei Ihrem Kind genauere Abklärungen nötig, nämlich:

- Röntgenbilder
- Panoramaröntgenaufnahme
- Abklärung beim Fachzahnarzt/der Fachzahnärztin
- \_\_\_\_\_

Diese Abklärung wird Kosten verursachen, die Sie selber zu tragen haben. Erkundigen Sie sich danach.  
Bitte melden Sie sich möglichst rasch bei mir oder bei einer Zahnärztin/einem Zahnarzt Ihrer Wahl.

### **Eine Behandlung ist notwendig**

Auf Grund meiner heutigen Untersuchung ist bei Ihrem Kind eine Behandlung notwendig. Bitte melden Sie sich rasch bei mir oder einer Zahnärztin/einem Zahnarzt Ihrer Wahl für die Besprechung des weiteren Vorgehens.

Die genauen Befunde der Zürcher Schulzahnuntersuchung stehen Ihnen auf Anfrage gerne kostenlos zur Verfügung.

**Praxis/Klinikstempel**

**Unterschrift der Zahnärztin/des Zahnarztes**

**Ort, Datum**