

Gutschein 2026/2027

für eine kostenlose zahnärztliche Untersuchung im Rahmen der Schulzahnmedizin

Wert: Fr. 88.80

Gültigkeit: Schuljahr 2026/2027

Adresse der Eltern/der Erziehungsberechtigten:

Name

Strasse

PLZ, Ort

betrifft Ihren Sohn/Ihre Tochter:

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
(falls medizinisch angezeigt) | ☐ einverstanden | ☐ nicht einverstanden |

Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten: _____

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



**Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion
Schulzahnuntersuchung**

Adresse des Schulsekretariats

Schule Primarschule Altikon
Gemeinde Altikon
Strasse Rickenbacherstrasse 19
PLZ, Ort 8479 Altikon

Abrechnung der Zahnarztpraxis

Die vollständige Zürcher Schulzahnuntersuchung wurde durchgeführt am: _____

Kosten

Untersuchungspauschale	Fr. 88.80
(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 2025 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.