Ersatz-Gutschein «Zürcher Schulzahnuntersuchung»

Gültigkeit: Schuljahr

Adresse der Eltern/der Erziehungsberechtigten: betrifft Ihren Sohn/Ihre Tochter:

Name Vorname

Strasse Name

PLZ, Ort Geburtsdatum

Mitteilung der Zahnärztin/des Zahnarztes an die Gemeinde

Bei der genannten Schülerin/dem genannten Schüler wurde mit dem Ersatz-Gutschein die umstehende «Zürcher Schulzahnuntersuchung» zu 88.80 Franken durchgeführt. Der Betrag wird von uns direkt den Eltern/den Erziehungsberechtigten in Rechnung gestellt. Die Eltern/Erziehungsberechtigten wurden darüber informiert und sind damit einverstanden, dass sie selber um die Rückerstattung durch die Gemeinde besorgt sein müssen.

Ort, Datum Unterschrift Eltern/Erziehungsberechtigte

Untersuchung für das Schuljahr

Adresse der Eltern/Erziehungsberechtigten: betrifft Ihren Sohn/Ihre Tochter:

Name Vorname

Strasse Name

PLZ, Ort 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 angefertigt und die kostenlose Fluoridierung nicht durchgeführt.)

Adresse des Schulsekretariats Abrechnung der Zahnarztpraxis

Schule

Gemeinde Die vollständige Zürcher Schulzahnuntersuchung

Strasse wurde durchgeführt am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ, Ort

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 Peis 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/als untersuchender Zahnarzt. Röntgenbilder setzen das Einverständnis der Eltern voraus.

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 sind, 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 bei 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