

Gemeinde
Schule



Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion
Schulzahnuntersuchungen

Ersatz-Gutschein «Zürcher Schulzahnuntersuchung»

Gültigkeit: Schuljahr

Adresse der Eltern/der Erziehungsberechtigten:

Name
Strasse
PLZ, Ort

betrifft Ihren Sohn/Ihre Tochter:

Vorname
Name
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

Durch die Zahnarztpraxis hier abtrennen

Gemeinde
Schule



Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion
Schulzahnuntersuchungen

Untersuchung für das Schuljahr

Adresse der Eltern/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 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.)

Gemeinde
Schule



Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion
Schulzahnuntersuchungen

Adresse des Schulsekretariats

Schule

Gemeinde

Strasse

PLZ, Ort

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

Durch die Zahnarztpraxis hier abtrennen

Gemeinde
Schule



Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion
Schulzahnuntersuchungen

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