

GUTSCHEIN Schuljahr 2022/23

Wert: Fr. 88.80

Einzulösen bis Ende März 2023

**bei einer Zahnärztin / einem Zahnarzt
oder einer Zahnklinik nach Wahl der
Eltern / Erziehungsberechtigten**

Liebe Eltern

Liebe Erziehungsberechtigte

Dieser Gutschein berechtigt zu einer kostenlosen
Zürcher Schulzahnuntersuchung (obligatorische jährliche
zahnärztliche Untersuchung) bei einer Zahnärztin / einem
Zahnarzt nach Ihrer Wahl.

Ihr Einverständnis vorausgesetzt, wird gleichzeitig
(kostenlos) Fluorid-Lack auf die durchbrechenden Zähne
aufgetragen und in speziellen Fällen werden
Kontrollröntgenbilder angefertigt.

Frau Verena Muster
Herr Hans Muster
Musterweg 1
1000 Musterhausen

Schüler **Anna Muster**
Geb/Datum 01.01.0000
Klasse P1 b
Lehrperson Muster Ernst

Ich bin damit einverstanden, dass bei meinem Kind

- **die Zähne mit Fluorid-Lack behandelt werden** Ja Nein *)
- **Kontrollröntgenbilder angefertigt werden (falls medizinisch notwendig)** Ja Nein *)

Unterschrift der Eltern / Erziehungsberechtigten: _____

***) Bitte Zutreffendes / Nicht-Zutreffendes klar markieren. Ohne eine klare Markierung Ihrer Ablehnung bzw. ohne Ihre Unterschrift gehen wir davon aus, dass Sie sowohl mit einer Fluoridierung als auch mit der Anfertigung von Röntgenbildern einverstanden sind.**

(Durch Zahnarztpraxis abzutrennen)

ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNGSEMPFEHLUNG AN DIE ELTERN / ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

Schulzahnuntersuchung Schuljahr 2022/23

Liebe Eltern

Liebe Erziehungsberechtigte

Die jährliche Schulzahnuntersuchung wurde
durchgeführt. Meine Behandlungsempfehlung
finden Sie auf der Rückseite.

Frau Verena Muster
Herr Hans Muster
Musterweg 1
1000 Musterhausen

Schüler Anna Muster
Geb/Datum 01.01.0000
Klasse P1 b
Lehrperson Muster Ernst

Diese Mitteilungskarte ist durch die untersuchende Zahnärztin / den untersuchenden Zahnarzt bei der Perforation abzutrennen, auf der Rückseite auszufüllen und den Eltern/Erziehungsberechtigten abzugeben/zuzustellen.

(Exemplar für die Eltern / Erziehungsberechtigte)

Bitte Gutscheine sammeln und bis Ende April 2023 der Schulverwaltung Hombrechtikon einreichen.

Bitte Einzahlungsschein beilegen oder Angabe der Bankverbindung.

Besten Dank.

**Schulverwaltung Hombrechtikon
Feldbachstrasse 7
Postfach 112
8634 Hombrechtikon**

(Abrechnung, durch die Zahnarztpraxis auszufüllen)

Die komplette Zürcher Schulzahnuntersuchung

wurde durchgeführt am: _____

Untersuchungspauschale Fr. 88.80
evtl. 2 BW-Röntgenbilder** (Fr. 38.40)

Rechnungstotal Fr. _____

(Praxis-/Klinikstempel/Unterschrift:)

Wir bitten die Zahnärzteschaft um Beachtung folgender Punkte:

1. Befundblatt

Es ist für jedes Kind pro Schuljahr ein Befund gemäss den Vorgaben der **Zürcher Schulzahnuntersuchung** zu erheben und in der Krankengeschichte oder direkt auf dem entsprechenden Formular zu dokumentieren (10 Jahre Aufbewahrungspflicht). Auf Wunsch der Eltern / Erziehungsberechtigten soll eine Kopie des Befundes ausgehändigt werden.

Weitere Details finden Sie unter: <https://www.zh.ch/de/gesundheit/gesundheitsberufe/zahnmedizin/schulzahnmedizin.html>.

2. Röntgenbilder**

Die Schule Hombrechtikon bezahlt während der Primarstufe (1. - 6. Klasse) einmal ein Paar Bitewing-Röntgenbilder zum Pauschalpreis von Fr. 38.40 (Bitewingpaar, Preisstand 2018). Gleiches gilt für die Oberstufe (7. - 9. Klasse). Die Indikationsstellung liegt bei der untersuchenden Zahnärztin /beim untersuchenden Zahnarzt und soll aus Gründen des Strahlenschutzes restriktiv sein. Fluoridlackapplikation und Röntgenbilder setzen das Einverständnis der Eltern/Erziehungsberechtigten voraus.

3. Kariesrisikobestimmung und Fluoridlack

Die Kariesrisikobestimmung in der 1. Klasse und die Applikation von Fluoridlack auf durchbrechende bleibende Zähne sind in der Gutscheinpauschale inbegriffen.

4. Abrechnung

Bitte **Gutscheine sammeln und bis Ende April 2023** an die Schulverwaltung Hombrechtikon einsenden und eine Abrechnungsliste oder mindestens einen Einzahlungsschein samt Bankverbindung beilegen. **Gutscheine werden bis spätestens Ende April 2023 angenommen.** Im begründeten Einzelfall ist eine Abrechnung via Eltern/Erziehungsberechtigten an die Schulverwaltung (keine Barauszahlung, Einzahlungsschein auf Konto der Eltern/Erziehungsberechtigten ist zwingend) möglich.

(Durch Zahnarztpraxis abzutrennen)

Durch die untersuchende Zahnärztin /
den untersuchenden Zahnarzt auszufüllen



Liebe Eltern

Liebe Erziehungsberechtigte

Die jährliche Schulzahnuntersuchung wurde durchgeführt. Meine Behandlungsempfehlung lautet:

Zur Zeit ist keine Behandlung notwendig

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

Es sind zusätzliche Abklärungen notwendig

Auf Grund der heutigen Untersuchung ist *eine genaue Aussage über den zahnärztlichen Behandlungsbedarf bei Ihrem Kind nur mit zusätzlichen Abklärungen möglich*. Ich empfehle Ihnen deshalb eine genauere Abklärung mittels Bitewing-Röntgenbildern* / Panoramaröntgenaufnahme* / Spezialistenabklärung* (*nicht Zutreffendes streichen).

Diese Abklärung wird **Kosten von ca. Fr. _____** verursachen, welche Sie selber zu tragen haben. Bitte melden Sie sich umgehend bei mir oder einer Zahnärztin /einem Zahnarzt Ihrer Wahl an.

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.

Freundliche Grüsse

(Praxisstempel)

(Datum)

(Unterschrift der untersuchenden Zahnärztin /des untersuchenden Zahnarztes)