

## Information zur Schulzahnpflege

Liebe Eltern und Erziehungsberechtigte

Die Zahnkontrolle steht bevor. **Die Eltern sind verpflichtet, diese Kontrolle jährlich durchführen zu lassen.** Wir bitten Sie, folgende Punkte zu beachten:

- Bitte melden Sie Ihr Kind beim Privatzahnarzt zur jährlichen Kontrolle an. Die Kontrolle sollte bis spätestens Mitte Januar des aktuellen Schuljahres durchgeführt werden. Die Zahnkarte ist entweder bei Ihnen oder beim Zahnarzt. Diese muss an der Untersuchung durch den Zahnarzt ausgefüllt werden.
- Nach der Kontrolle bringt Ihr Kind der Klassenlehrperson die durch den Privatzahnarzt ausgefüllte Bestätigung **oder** die ausgefüllte Zahnkarte.

### Für die Schulzahnpflege gelten folgende Regelungen:

Sie sind frei bei der Wahl des Zahnarztes. Die Schulgemeinde übernimmt die Kosten für die jährliche Kontrolluntersuchung bis zum Maximalbetrag von Fr. 30.00. Verrechnet Ihr Zahnarzt einen höheren Betrag, tragen Sie den Restbetrag selber. Wenn die Rechnung für die Untersuchung Fr. 30.00 übersteigt, bezahlen Sie bitte den ganzen Betrag und fordern anschliessend die Fr. 30.00 **von der Einwohnergemeinde Rüegsau** zurück. Dazu benötigen wir eine Kopie der Zahnarztrechnung zusammen mit einem Einzahlungsschein. Die Unterlagen können Sie via Klassenlehrperson an die Schulverwaltung Schulen Rüegsau weiterleiten.

Es werden grundsätzlich keine Beiträge an die Kosten von Zahnbehandlungen ausgerichtet. Wenn die Voraussetzungen für die Ausrichtung von Sozialhilfe erfüllt sind, kann ein Unterstützungsgesuch eingereicht werden. Für die Beurteilung eines Anspruchs ist ein Gesuchsformular auf der Gemeindeverwaltung Ihrer Wohnsitzgemeinde erhältlich. Diese Gesuche sind vor dem Beginn einer Behandlung einzureichen. Um die Behandlungskosten in einem berechenbaren Rahmen zu halten, empfehlen wir Ihnen den Abschluss einer privaten Zahnpflegeversicherung zu prüfen.

Freundliche Grüsse  
Schulverwaltung Schulen Rüegsau

---

## Bestätigung der alljährlichen Zahnkontrolle

Der unterzeichnende Zahnarzt bestätigt, dass

Name/Vorname des Kindes \_\_\_\_\_

Klasse \_\_\_\_\_ Schuljahr \_\_\_\_\_

Schulhaus Rüegsausachen  Schulhaus Rüegsbach  
 KG Schulhausmatte  KG Emmenbrücke  KG Rainmatte  KG Rüegsbach

untersucht worden ist.

Datum der Untersuchung

Stempel und Unterschrift Zahnarzt

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_