

Name des Patienten:

## Gutschein für das Schuljahr 2024-25

Wert: CHF 88.80

Einzulösen bis Ende Juni 2025 bei einer Zahnärztin, einem Zahnarzt oder einer Zahnklinik Ihrer Wahl.

Liebe Eltern, liebe Erziehungsverantwortliche  
Dieser Gutschein berechtigt zu einer kostenlosen Zürcher Schulzahnuntersuchung (obligatorische jährliche zahnärztliche Untersuchung) bei einer Zahnärztin / einem Zahnarzt Ihrer Wahl. Ihr Einverständnis vorausgesetzt, wird gleichzeitig (kostenlos) Fluorid-Lack auf die durchbrechenden Zähne aufgetragen und es werden in speziellen Fällen Kontrollröntgenbilder angefertigt.

Mitteilung der Eltern an die Zahnärztin/den Zahnarzt:

### Ich bin damit einverstanden, dass bei meinem Kind

- die Zähne mit Fluoridlack behandelt werden  Ja  Nein
- Kontrollröntgenbilder angefertigt werden (falls medizinisch angezeigt)  Ja  Nein

Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

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

✂ \_\_\_\_\_ (Durch die Zahnarztpraxis hier abzutrennen) \_\_\_\_\_

## ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNGSEMPFEHLUNG

Schulzahnuntersuchung 2024-25

Liebe Eltern, liebe Erziehungsverantwortliche  
Die jährliche Schulzahnuntersuchung wurde durchgeführt. Meine Behandlungsempfehlung finden Sie umstehend.

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

Bitte um rasche Rücksendung / spätestens bis Ende Juni 2025.

Bitte Einzahlungsschein beilegen oder Angabe der Bankverbindung.

Mit bestem Dank

**Schule Flaachtal**  
Schulverwaltung  
Schulhausstrasse 9  
8416 Flaach

### Abrechnung der Zahnarztpraxis

Die komplette Zürcher Schulzahnuntersuchung

wurde durchgeführt am: \_\_\_\_\_

#### Kosten

Untersuchungspauschale CHF 88.80  
(Evtl. 2 BW-Röntgenbilder CHF 38.40)

**Total** CHF \_\_\_\_\_

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 abzutrennen) \_\_\_\_\_

### Mitteilung der Zahnärztin / des Zahnarztes an die Eltern / Erziehungsberechtigten



Kanton Zürich  
Gesundheitsdirektion  
Schulzahnuntersuchungen

#### **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 selbst 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