

Zahnmedizinischer Reihenuntersuch im Schuljahr 2017/18:

Name:

Vorname:

Durch die Schulzahnärztin / den Schulzahnarzt auszufüllen:

Gesicht, Lippen, Mundschleimhaut, Zunge

Gesunde Verhältnisse

Auffälligkeiten

Karies, Hartsubstanzdefekte

kariesfrei Karies

Hartsubstanzdefekte (Dysplasie)

Mundhygiene

Die Mundhygiene ist

gut

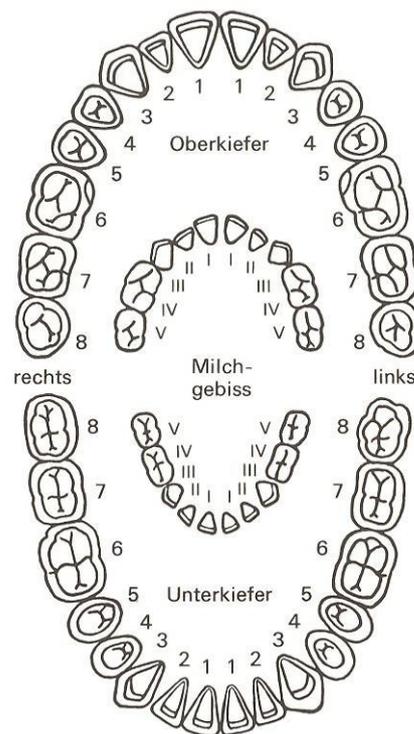
mittelmässig

ungenügend

Beläge

weicher Bakterienbelag

harter Bakterienbelag / Zahnstein



Empfohlene Massnahmen

Konservierende Behandlung

notwendig (Besprechung)

nicht notwendig

Kieferorthopädische Behandlung

notwendig (Besprechung)

abklären (Besprechung)

in Behandlung

Behandlung abgeschlossen

Mundhygiene

Zahnreinigung notwendig

Instruktion notwendig

Bemerkungen:.....

Untersuch erfolgte am: _____

**Stempel und Unterschrift
Zahnärztin / Zahnarzt**

Sehr geehrte Eltern und Erziehungsberechtigte

Zur schulzahnärztlichen Betreuung gehören die zahnmedizinische Prophylaxe und die jährliche Kontrolluntersuchung.

Kontrolluntersuch

Der Kontrolluntersuch erfolgt klassenweise während der Schulzeit. Die Schulzahnärztin / der Schulzahnarzt klärt dabei ab, **ob eine Behandlung im Anschluss notwendig ist oder nicht**. Beim Untersuch in der 3. Sek wird ein Röntgenbild erstellt.

Kosten Kontrolluntersuch

Die Gemeinde trägt die Kosten dieser Kontrolluntersuchungen. **Auf eigene Kosten** kann der Untersuch auch durch Ihre Privatzahnärztin / Ihren Privatzahnarzt durchgeführt werden. Informieren Sie in diesem Fall **vorgängig** die Klassenlehrperson.

Ablauf

Beachten Sie dazu die nächste Seite.

Behandlung

Für die Behandlung (wie Kariesbehandlung, kieferorthopädische Massnahmen, Zahnreinigung) sind die **Eltern und Erziehungsberechtigten verantwortlich**. Diese tragen auch die Kosten für die Behandlung.

Kostenbeteiligung der Gemeinde

Eltern mit einem steuerbaren Einkommen **unter** Fr. 32'000, die keine wirtschaftliche Sozialhilfe beziehen, können ein Gesuch um Kostenbeteiligung für zahnerhaltende Massnahmen (**nicht** kosmetische und kieferorthopädische Behandlungen) stellen. Gesuche sind dem Rektorat der Volksschule, Schulhausstr. 22, 6030 Ebikon, einzureichen. Übersteigen die voraussichtlichen Behandlungskosten Fr. 500.-, ist vor der Behandlung ein entsprechendes Gesuch einzureichen. Die Behandlung ist zwingend durch **einen Schulzahnarzt der Gemeinde Ebikon** durchzuführen. Voraussetzung ist eine regelmässige und lückenlose Durchführung von notwendigen Behandlungen. Der Selbstbehalt beträgt mindestens Fr. 100.-

Schulzahnärzte in Ebikon

- **Herr Dr. med. dent. Alain Bazelli, Schachenweidstr. 1, Ebikon - 041 440 20 52**
eidg. dipl. Zahnarzt SSO
- **Frau Dr. med. dent. Bernadette Grimaldi, Luzernerstr. 1, Ebikon - 041 450 51 52**
Kieferorthopädin
- **Herr Dr. med. dent. Beat Scherrer, Riedmattstr. 10, Ebikon - 041 440 33 55**
Fachzahnarzt für Oralchirurgie SSO

Ablauf Kontrolluntersuch

- Die Lernenden werden während der Schulzeit (zwischen Herbst- und Weihnachtsferien) klassenweise zum Reihenuntersuch aufgeboten und durch die Schulzahnärztin / den Schulzahnarzt untersucht.
 - Die Diagnose wird auf dem Zahnblatt (letzte Seite) festgehalten.
 - Die Erziehungsberechtigten erhalten dieses Zahnblatt nach dem Kontrolluntersuch zurück und nehmen von der Diagnose Kenntnis (Zahnblatt aufbewahren).
 - Wenn eine Behandlung oder eine weitere Abklärung empfohlen wird, soll möglichst rasch ein Termin bei einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt vereinbart werden. Das Zahnblatt ist zum Untersuch mitzubringen. Bitte begleiten Sie Ihr Kind zum ersten Behandlungstermin (Besprechung Massnahmen und Kosten).
-

Kenntnisnahme der Eltern / Erziehungsberechtigten

Bitte bestätigen Sie, von diesen Informationen und vom Ablauf Kenntnis genommen zu haben und geben das Zahnblatt an die Lehrperson zurück.

Datum:

Unterschrift:

Schuljahr: 2017/18

Schülerin / Schüler

Name:

Vorname:

Geb.:

Schulhaus:

Klasse:

Lehrperson:

Erziehungsberechtigte/r

Name:

Adresse:

PLZ/Ort:

Telefon: