An die Eltern, an die gesetzlichen Vertreter

**Jährliche schulzahnärztliche Kontrollen**

Die mobile Schulzahnklinik wird Halt in der Schule Ihres Kindes machen am **07.10.2024 und 04.11.2024.**

In diesem Zusammenhang möchten wir Ihnen Folgendes mitteilen:

* die jährliche Zahnkontrolle ist **obligatorisch und kostenpflichtig** zum folgenden Tarif:

*Erste Kontrolle Schüler/in Fr. 62.70 – darauffolgende Kontrolle Fr. 47.00*

* Bei Fragen im Zusammenhang mit Beiträgen an die Zahnbehandlungskosten Ihres Kindes wenden Sie sich bitte an Ihre Gemeindeverwaltung.

Wird Ihr Kind von **einer privaten Zahnärztin/einem privaten Zahnarzt** behandelt, geben Sie bitte der Lehrperson **spätestens bis zum 23.08.2024** das entsprechende **Attest** (ab Ausstellung ein Jahr gültig).

* Kinder, die bis zum **Tag der Kontrolle** kein Attest vorweisen können, müssen sich zwingend der Kontrolle unterziehen; (Kinder, die bis zum Tag der Kontrolle kein Attest vorweisen können, müssen sich zwingend der Kontrolle in der mobilen Zahnklinik unterziehen), nach dem Gesetz vom

19. Dezember 2014 über die Schulzahnmedizin (SZMG), Art. 13;

* die **Kontrollen** ohne Röntgenbild finden während der Unterrichtszeiten in der **mobilen Zahnklinik** statt;
* die **Behandlungen** werden in der **ortsfesten Schulzahnklinik** durchgeführt. Sie müssen Ihr Kind dorthin begleiten;
* Kinder in kieferorthopädischer Behandlung sind nicht von der Zahnkontrolle dispensiert;
* Ihr Kind bekommt eine Bestätigung der Kontrolle oder einen Kostenvoranschlag für die erforderliche Behandlung. Bitte unterschreiben und der Lehrperson zurückbringen. Nach der Zahnkontrolle händigt die Lehrperson Ihrem Kind eine Bestätigung der Kontrolle aus.

Freundliche Grüsse

Clinique dentaire scolaire/Schulzahnklinik,

Boulevard de Pérolles 23, 1700 Fribourg

Dr. Ligia Garcea

T+41 26 305 98 06

E-Mail: ligia.garcea@fr.ch

**Schulzahnpflegedienst** SZPD

Schauen Sie sich den Film über den SZPD

 ***Bitte Antworttalon auf der Rückseite ausfüllen***

**Bitte ausfüllen und spätestens am 23.08.2024 der Lehrperson abgeben.**

Name: ..................................................Vorname: ........................................Geburtsdatum: …………………

Klasse und Lehrperson:……………………………………………………………………………………….

Namen und Vornamen der Eltern/gesetzlichen Vertreter: ….………………………………………………..

Genaue Adresse (Strasse und Ort) ……………………………………………………………………………

Telefon: …………………………………… Handy:………………………………………………

Mein Kind wird sich der schulzahnärztlichen Kontrolle unterziehen lassen:

🖵 JA  🖵 NEIN: Bitte der Lehrperson das Attest der behandelnden Zahnärztin/des behandelnden

 Zahnarztes abgeben.

 Name behandelnde Zahnärztin/behandelnder Zahnarzt:

………………………………………………………………………………....................................................

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich dieses Dokument gelesen habe und damit einverstanden bin:

Datum…………………………………. Unterschrift………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………….

**Von der privaten Zahnärztin/vom privaten Zahnarzt auszufüllendes Attest**

Name der Zahnarztpraxis:…………………………………………………………………………………..

attestiert, dass das Kind: …………………………………………. Geburtsdatum: ……………………

regelmässig in der Praxis behandelt wird.

Datum der letzten Kontrolle: ………………………………………

Stempel und Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt:

Ort und Datum: ………………………………………………………...