



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Service dentaire scolaire SDS
Schulzahnpflegedienst SZPD

Secteur pédodontie
Abteilung Kinderzahnheilkunde

Boulevard de Pérolles 23, 1700 Freiburg

T +41 26 305 98 00
www.fr.ch/szpd

An die Eltern, an die gesetzlichen Vertreter

Jährliche schulzahnärztliche Kontrollen

Die mobile Schulzahnklinik wird Halt in der Schule Ihres Kindes machen den **09.10.2025 und 27.10.2025**

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 **am 28.08.2025** 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 im Sekretariat zurückbringen.

Freundliche Grüsse

Schulzahnpflegedienst SZPD

Schauen Sie sich den Film über den SZPD



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

Bitte Antworttalon auf der Rückseite ausfüllen



Bitte ausfüllen und am 28.8.2025 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.....