



Politische Gemeinde Pfäfers Schule Taminatal

7312 Pfäfers, Anfang Januar 2024

Schulzahnärztlicher Dienst

Der obligatorische Untersuchung durch den Schulzahnarzt (Dr. med. dent. Thomas Biel, 7310 Bad Ragaz) findet am Freitag, den 26. Januar für alle Kindergartenkinder und Kinder der Primarschule statt.

Mit vorliegendem Schreiben möchten wir Sie an einige wichtige Punkte erinnern.

1. Untersuchung

Der Untersuchung ist obligatorisch. Sie als Eltern haben aber die Möglichkeit, den schulzahnärztlichen Untersuchung «privat» bei der Zahnärztin oder beim Zahnarzt ihrer Wahl durchführen zu lassen.

Bezüglich freier Wahl der Zahnärztin / des Zahnarztes sind folgende Punkte zu beachten:

- Die Kosten der Untersuchung durch den Schulzahnarzt werden von der Schulgemeinde getragen.
- Eltern, welche von der Möglichkeit der «privaten» Untersuchung Gebrauch machen wollen, haben dies mit beigefügtem Abschnitt anzumelden.

Die Durchführung der Untersuchung ist später durch den untersuchenden Arzt mit der sog. Laufkarte zu bestätigen. Die Kosten dieser privaten Untersuchung sind selbst zu tragen.

2. Behandlung

Im Anschluss an den Untersuchung durch den Schulzahnarzt wird den Eltern ein Kostenvoranschlag unterbreitet. Dabei haben Sie nochmals die Möglichkeit zur Zustimmung oder Ablehnung der Behandlung durch den Schulzahnarzt.

3. Kosten

Die Schulgemeinde subventioniert Zahnbehandlungskosten in finanziellen Notsituationen der Erziehungsberechtigten, wenn diese nicht hinreichend oder nicht rechtzeitig aus eigenen Mitteln für die Behandlungskosten aufkommen können. Ein entsprechendes Gesuch muss vor Beginn der Be-

handlung gestellt werden. (Formular und weitere Informationen sind beim Schulsekretariat erhältlich).

Wir bitten Sie, das Zusatzblatt auszufüllen und möglichst rasch zu retournieren.

Mit freundlichen Grüßen

Guido Lavarini

Kind:

Name: **Vorname:**

Geburtsdatum: **Klasse:**

Strasse: **Ort:**

Schulhaus / -ort: SH Bovel, 7312 Pfäfers

➤ **Untersuch durch den Schulzahnarzt erwünscht:**

ja

nein

➤ **Allfällige Behandlung durch den Schulzahnarzt:**

Ihre Zustimmung oder Ablehnung für eine Behandlung durch den Schulzahnarzt können Sie später im Zahnbehandlungsbüchlein abgeben.

Datum: **Unterschrift:**