

## Merkblatt zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung

Im Kanton Zürich ist eine jährliche zahnärztliche Untersuchung für alle Kinder obligatorisch. Die Primarschule Bülach bietet hierzu Reihenuntersuchungen an:

1. Einmal jährlich während der Unterrichtszeit werden die angemeldeten Schülerinnen und Schüler klassenweise kontrolliert. Die Untersuchung wird durch Fachpersonen der **swiss smile Schweiz AG** durchgeführt. Die diesbezüglichen Kosten übernimmt die Stadt Bülach.
2. Bei der Untersuchung werden keine Röntgenbilder angefertigt. Das Ergebnis der Untersuchung wird den Eltern mittels Befundblatt schriftlich mitgeteilt. Wird eine Behandlung empfohlen, liegt die Entscheidung bei den Eltern. Es besteht freie Zahnarztwahl.
3. Eltern, welche Prämienverbilligungen erhalten, können für die Behandlungs- und evtl. Zahnstellungskorrekturkosten (unabhängig von der Wahl des Zahnarztes) eine Rückerstattung des Gemeindeanteiles beantragen. Es werden jedoch keine Kosten für die Dentalhygiene übernommen.  
Antragsformulare können auf der Primarschulverwaltung bezogen oder auf unserer Homepage [www.buelach.ch/schulgesundheits](http://www.buelach.ch/schulgesundheits) herunter geladen werden. Voraussetzung für eine Rückerstattung sind regelmässig erfolgte Vorsorgeuntersuchungen.

Die obligatorische Vorsorgeuntersuchung kann auch durch einen **Privatzahnarzt** vorgenommen werden. Die diesbezüglichen Kosten werden von den Eltern bezahlt. Möchten Eltern Ihr Kind beim Privatzahnarzt untersuchen lassen, kreuzen sie dies unbedingt auf dem Rückmeldetalon unten an. Die Eltern organisieren die Vorsorgeuntersuchung beim Privatzahnarzt selber. Bis spätestens Ende des aktuellen Schuljahres muss das vom Privatzahnarzt ausgefüllte Bestätigungsformular für die erfolgte Untersuchung an die Primarschulverwaltung geschickt werden. **Das Bestätigungsformular schickt die Primarschulverwaltung den Eltern per Brief.**

✂-----

### Rückmeldetalon

Ich besuche die jährliche Kontrolluntersuchung beim **(bitte ankreuzen)**

Schulzahnarzt (Kosten werden von der Primarschule übernommen)

Privatzahnarzt (Auf eigene Kosten)

Name, Vorname des Kindes

\_\_\_\_\_

Schuljahr

\_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift der Eltern

-----

Bitte geben Sie dieses Formular innert 10 Tagen nach Erhalt der Klassenlehrperson ab.