Primarschule Turbenthal

Sekundarschule Turbenthal-Wildberg

Turbenthal, September 2023

Merkblatt Schulzahnpflege

Liebe Eltern

Für den jährlichen Zahnarztuntersuch erhalten Sie hier alle Informationen und das Rückvergütungsformular. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die Schulverwaltung.

Allgemein gesetzliche Bestimmungen
Die Schulzahnmedizin erstreckt sich über die gesamte Volksschulzeit und leistet einen wichtigen Beitrag an die Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit der Kinder. Die wesentlichen gesetzlichen Grundlagen sind Art. 51 des Gesundheitsgesetztes (GesG) und in der Verordnung über die Schul- und Volkszahnpflege (VSVZ).

Die Schulgemeinden sorgen für die regelmässige zahnärztliche Untersuchung und Behandlung der in der Gemeinde wohnhaften schulpflichtigen Kinder.
Die Untersuchung ist obligatorisch. An die Behandlungskosten leisten die Gemeinden einen Beitrag.

Schulzahnpflege und Lehrplan 21
Schulen vermitteln im Rahmen der Gesundheitsförderung Kompetenzen, welche die Kinder befähigen, die eigene Gesundheit als erstrebenswertes Gut zu betrachten. Der Prophylaxeunterricht gehört zum Bildungsauftrag der Volksschule.

Zusammen mit den altersgerechten Lektionen der Schulzahnpflege-Instruktorin (SPZI) und den jährlichen Kontrollen beim privaten Zahnarzt wird der Karies erfolgreich vorgebeugt.

Ziel im Unterricht ist es:

- Den Schüler-/innen die Wichtigkeit einer guten Mundhygiene zu vermitteln.
- Das Vermitteln der richtigen Pflege ihrer Zähne und welchen Einfluss die Ernährung hat.
- Die Befähigung der Schüler-/innen Ihre Zähne richtig pflegen zu können.
- Die Funktion eines Gebisses kennen.

Organisation Untersuch und Rückvergütung

- Das Formular für den Zahnarztuntersuch wird vor den Herbstferien durch die Lehrperson an die Schülerinnen und Schüler abgegeben.
- Die Untersuchung sowie die Zahnarztwahl erfolgt auf privater Basis.
- Die Rechnung ist durch die Eltern zu begleichen.
- **Der Untersuch soll bis zum 30. Juni stattfinden.**
- Lassen Sie den Untersuch durch Ihren Zahnarzt auf dem Formular Rückerstattung der jährlichen Kostenbeteiligung bestätigen. Die Kostenbeteiligung der Schulgemeinde beträgt pauschal 50 Fr. pro Schuljahr.
- **Füllen Sie das Formular vollständig aus und senden dieses an die Schulverwaltung per Post oder per E-Mail.**
- Einmal im Monat erfolgt die Rückvergütung an die Eltern.

Schulverwaltung Turbenthal
St. Gallerstrasse 7
8488 Turbenthal
Tel.: 052 385 35 02
schulverwaltung@ps-turbenthal.ch
Öffnungszeiten: Mo.-Fr. 9–11 Uhr oder nach Vereinbarung

Beitrag an Kieferorthopädische Behandlungen

An Ihrem Kostenanteil für Kieferorthopädische Behandlungen beteiligt sich die Schulgemeinde mit einem Beitrag von 30 % bis maximal 500 Fr. pro Kalenderjahr.

Reichen Sie uns dafür die Rechnung des Kieferorthopäden und die Leistungsabrechnung Ihrer Krankenkasse sowie allfällige Leistungsabrechnungen von anderen Versicherungen ein. Auf Ihrem Kostenanteil werden die 30 % bis maximal 500 Fr. pro Kalenderjahr berechnet.
Für die Rückerstattung benötigen wir von Ihnen eine IBAN-Nummer und den Kontoinhaber.

Alle Abrechnungen sind zeitnah einzureichen.

Dieses Merkblatt ist gestützt auf dem Reglement der Gesundheitsförderung.

Freundliche Grüsse

Alexandra Fuhrer

Schulverwaltung Turbenthal

Schulverwaltung Turbenthal Tel.: 052 385 35 02
St. Gallerstrasse 7 schulverwaltung@ps-turbenthal.ch
8488 Turbenthal Öffnungszeiten: Mo.-Fr. 9–11 Uhr oder nach Vereinbarung

Primarschule Turbenthal

Sekundarschule Turbenthal-Wildberg

Turbenthal, September 2023

Zahnarztuntersuch Primarschule Turbenthal

Name Kind: .....

Vorname Kind: .....

Geb. Datum: .....

Klasse: .....Lehrperson: .....Kindergarten/Schulhaus: .....

Datum Zahnarztuntersuch: .....

Unterschrift der Erziehungsberechtigten: .....

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes: …….

Spätester Abgabetermin: 30. Juni 2024

Rückvergütung: Die jährliche Kostenbeteiligung von Fr. 50.– erhalten Sie nach Abgabe der Bestätigung des Untersuchs beim Zahnarzt.
Wir benötigen dazu einen auf Sie lautenden **Einzahlungsschein** oder Ihre Bankverbindung mit entsprechender **IBAN, Vor-und Nachnamen des Kontoinhabers.**

IBAN: ……..…….

Konto lautend auf: ……..…..…..…..…….....

Verzicht auf Rückvergütung: Weiterhin haben Sie die Möglichkeit zu Gunsten des Wintersportlagers auf die Rückvergütung der Fr. 50.– zu verzichten.

☐ Wir verzichten auf die Rückvergütung der Fr. 50.– des Zahnarztuntersuchs (bitte ankreuzen).

Unterschrift Eltern: …….

Bitte diesen Talon an die Schulverwaltung zurücksenden.