Bildungsdirektion
Neuengasse 5
3400 Burgdorf
034 429 92 83
bildungsdirektion@burgdorf.ch

Elterninformationen über die zahnärztliche Kontrolluntersuchung

Gemäss Volksschulgesetz des Kantons Bern findet jährlich eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung statt. **Diese Untersuchung ist für alle Schulkinder obligatorisch.** Die Untersuchung ist für Sie kostenlos, sofern sie von einem Zahnarzt oder einer Zahnärztin durchgeführt wird, welche auf der Liste Schulzahnärzte aufgeführt ist. Die Liste finden Sie auf der Homepage:
www.schuleburgdorf.ch/schule/allgemeine-informationen/schulzahnpflege/

Terminvereinbarung bis 15. September 2023
Für jedes Schulhaus ist ein Untersuchungstag bestimmt, an dem diese Kontrollen stattfinden. Das Datum für Ihr Kind ist unten ersichtlich.
Sie als Eltern wählen einen Zahnarzt/eine Zahnärztin aus der Liste „Schulzahnärzte Burgdorf 2023“ aus. Mit diesem Zahnarzt/dieser Zahnärztin vereinbaren Sie den Kontrolltermin am Untersuchungstag. Den ausgefüllten Talon „Bestätigung zur Kontrolluntersuchung 2023“ gibt Ihr Kind bis am 15. September 2023 der Klassenlehrperson ab.

Ablauf Kontrolluntersuchung
Die Kinder gehen in Begleitung der Eltern oder alleine zur Kontrolluntersuchung. Die blaue Schulzahnpflegekarte und den ausgefüllten Abschnitt nimmt Ihr Kind mit zur Untersuchung. Die Schüler der 9. Klasse nehmen zusätzlich die unterschriebene Einwilligung zur Anfertigung von Röntgenbildern mit.
Nach der Untersuchung gibt Ihr Kind die vom Zahnarzt/von der Zahnärztin unterschriebene Bestätigung der Klassenlehrperson wieder ab.
Ist eine weitere Zahnbehandlung erforderlich, sollte eine Anmeldung bei Ihrem gewünschten Zahnarzt/Ihrer gewünschten Zahnärztin möglichst rasch erfolgen. Die Kosten für die Behandlung gehen zu Lasten der Eltern.

Bei Unklarheiten oder Fragen geben Ihnen die Bildungsdirektion oder Zahnärzte gerne Auskunft.

Bestätigung zur Kontrolluntersuchung 2023

Schule: Untersuchungstag:

Name: Vorname:

Adresse:

Klasse: Vereinbarter Termin:

Behandelnder Zahnarzt/Zahnärztin:

Bestätigung der erfolgten Untersuchung durch den Zahnarzt/der Zahnärztin:

Datum: Unterschrift: