



Sehr geehrte Eltern

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

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 aus der Liste „Schulzahnärzte Burgdorf“ aus. Mit diesem Zahnarzt vereinbaren Sie den Kontrolltermin am Untersuchungstag. Den ausgefüllten Talon „Terminbestätigung zur Kontrolluntersuchung“ gibt Ihr Kind bis amder 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 Röntgenbilder mit.

Nach der Untersuchung gibt Ihr Kind die von den Eltern unterschriebene blaue Schulzahnpflegekarte und die vom Zahnarzt unterschriebene Terminbestätigung der Klassenlehrperson wieder ab.

Ist eine weitere Zahnbehandlung erforderlich, sollte eine Anmeldung bei Ihrem gewünschten Zahnarzt möglichst rasch erfolgen. Vor dem Behandlungsbeginn ist die blaue Zahnkarte bei der Klassenlehrperson zu verlangen und zum ersten Zahnarztbesuch mitzunehmen. Die Kosten für die Behandlung gehen zu Lasten der Eltern.

Bei Unklarheiten oder Fragen geben Lehrpersonen, Kindergärtnerinnen, Schulzahnpflegeleiter/Innen sowie Zahnärzte gerne Auskunft.

Burgdorf,

Schulzahnpflege Burgdorf

----- ✂ ✂ ✂ -----

Terminbestätigung zur Kontrolluntersuchung

Schulhaus:

Untersuchungstag:

Name:

Vorname:

Adresse:

Klasse:

Vereinbarter Termin:

Behandelnder Zahnarzt:

Bestätigung der erfolgten Untersuchung durch den Zahnarzt:

Datum:

Unterschrift:.....