



Primarschule Rickenbach



Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion
Schulzahnuntersuchung

Gutschein 2026/27

für eine kostenlose zahnärztliche Untersuchung im Rahmen der Schulzahnmedizin

Wert: CHF 88.80

Gültigkeit: Schuljahr 2026/27

Adresse der Eltern / Erziehungsberechtigten:

Name:

Strasse:

PLZ, Ort:

betrifft Ihren Sohn / Ihre Tochter:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:



Primarschule Rickenbach



Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion
Schulzahnuntersuchung

Untersuchung für das Schuljahr 2026/27

Adresse der Eltern / Erziehungsberechtigten:

Name:

Strasse:

PLZ, Ort:

betrifft Ihre Tochter / Ihren Sohn:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Mitteilung der Eltern an die Zahnärztin/den Zahnarzt:

Ich bin damit einverstanden, dass bei meinem Sohn/meiner Tochter

- | | | |
|---|--|--|
| • die Zähne mit Fluoridlack behandelt werden | ☐ einverstanden | ☐ nicht einverstanden |
| • Kontrollröntgenbilder angefertigt werden
(falls medizinisch angezeigt) | ☐ einverstanden | ☐ nicht einverstanden |

Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten: _____

(Hinweis: Ohne klares Einverständnis und Ihre Unterschrift werden die kostenlosen Röntgenbilder nicht hergestellt und die kostenlose Fluoridierung nicht durchgeführt.)

(dieser Abschnitt ist für die Eltern/Erziehungsberechtigte bestimmt und muss nicht bei der Schulverwaltung eingereicht werden)



Primarschule Rickenbach

**Primarschule Rickenbach
Schulverwaltung
Breitestrasse 5
8545 Rickenbach Sulz**



**Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion
Schulzahnuntersuchung**

Abrechnung der Zahnarztpraxis

Die vollständige Zürcher Schulzahnuntersuchung wurde durchgeführt am: _____

Kosten

Untersuchungspauschale	CHF	88.80
(evtl. 2 BW-Röntgenbilder)	CHF	38.40

Total

CHF _____

Praxis/Klinikstempel/Unterschrift:

Mitteilung an die Zahnärztin/den Zahnarzt

1. Befundblatt

Es ist für jedes Kind pro Schuljahr ein vollständiger Befund gemäss den Vorgaben der „Zürcher Schulzahnuntersuchung“ zu erheben und in der Krankengeschichte zu dokumentieren. Auf Wunsch der Eltern soll eine Kopie des Befundes ausgehändigt werden. Eine Checkliste für die Untersuchung finden Sie auf der Webseite des Kantonszahnärztlichen Dienstes unter <https://www.zh.ch/de/gesundheit/gesundheitsberufe/zahnmedizin/schulzahnmedizin.html>

2. Röntgenbilder

Die oben genannte Schulgemeinde bezahlt während der Volksschulzeit zweimal ein Paar Bitewing-Röntgenbilder zum Preis von CHF 38.40. Meistens sind die Röntgenbilder in der 1. Klasse der Primarschule und in der 2. Klasse der Oberstufe angezeigt. Die Indikationsstellung liegt bei Ihnen als untersuchende Zahnärztin/untersuchender Zahnarzt. Röntgenbilder setzen das Einverständnis der Eltern voraus.

3. Abrechnung

Bitte senden Sie Ihre abgestempelten Gutscheine bis Ende Juni 2027 zur Abrechnung an obenstehende Adresse. Sollte die Behandlung den Gutscheinerwert übersteigen, sind diese übersteigenden Kosten direkt den Eltern in Rechnung zu stellen. Besten Dank.

Im Ausnahmefall soll eine Erstreckung der Einsendefrist möglich sein.



Primarschule Rickenbach



Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion
Schulzahnuntersuchung

Mitteilung der Zahnärztin/des Zahnarztes an die Eltern

☐ **Zurzeit ist keine Behandlung notwendig**

Aufgrund der heutigen Untersuchung besteht bei Ihrem Kind kein Behandlungsbedarf.

Bitte melden Sie sich spätestens in einem Jahr wieder zu einer zahnärztlichen Untersuchung an.

☐ **Es sind zusätzliche Abklärungen notwendig**

Die heutige zahnärztliche Untersuchung hat ergeben, dass bei Ihrem Kind genauere Abklärungen nötig sind, nämlich:

- ☐ Röntgenbilder
- ☐ Panoramaröntgenaufnahme
- ☐ Abklärung beim Fachzahnarzt/der Fachzahnärztin
- ☐ _____

Diese Abklärung wird Kosten verursachen, die Sie selber zu tragen haben. Erkundigen Sie sich danach.

Bitte melden Sie sich möglichst rasch bei mir oder bei einer Zahnärztin/einem Zahnarzt Ihrer Wahl.

☐ **Eine Behandlung ist notwendig**

Aufgrund meiner heutigen Untersuchung ist bei Ihrem Kind eine Behandlung notwendig. Bitte melden Sie sich rasch bei mir oder einer Zahnärztin/einem Zahnarzt Ihrer Wahl für die Besprechung des weiteren Vorgehens.

Die genauen Befunde der Zürcher Schulzahnuntersuchung stehen Ihnen auf Anfrage gerne kostenlos zur Verfügung.

Praxis/Klinikstempel

Unterschrift der Zahnärztin/des Zahnarztes

Ort, Datum