



**Zahnärztliche Untersuchung**

**Schuljahr 2024/25**

**G U T S C H E I N** (einzulösen bis Juli 2025)

Sehr geehrte Eltern, sehr geehrte Erziehungsberichtigte

Dieser Gutschein berechtigt zu einer kostenlosen Zürcher Schulzahnuntersuchung (obligatorische jährliche zahnärztliche Untersuchung) bei einer Zahnärztin/einem Zahnarzt Ihrer Wahl. Ihr Einverständnis vorausgesetzt, wird gleichzeitig (kostenlos) Fluorid-Lack auf die durchbrechenden Zähne aufgetragen und in speziellen Fällen werden Kontrollröntgenbilder angefertigt. Ein einmaliges Röntgen (zwei Bilder) während der Sekundarschulzeit wird von der Schule bezahlt.

**Ich bin damit einverstanden, dass bei meinem Kind**

- **die Zähne mit Fluorid-Lack behandelt werden** **Ja / Nein\***
- **Kontrollröntgenbilder angefertigt werden (falls medizinisch notwendig)** **Ja / Nein\***

\*bitte Nichtzutreffendes durchstreichen

**Unterschrift der Eltern / Erziehungsberechtigten:** .....

Ohne eine klare Markierung Ihrer Ablehnung bzw. ohne Ihre Unterschrift gehen wir davon aus, dass Sie sowohl mit einer Fluoridierung wie mit der Anfertigung von Röntgenbildern einverstanden sind.

-----  
**Sehr geehrte Zahnärztinnen und Zahnärzte**

**Röntgenbilder:** Die Sekundarschule Unteres Furttal bezahlt während der Sekundarschulzeit einmal ein Paar Bitewing-Röntgenbilder zum Pauschalpreis von CHF 38.40 (Bitewingpaar, Preisstand 2022). Die Indikationsstellung liegt bei der untersuchenden Zahnärztin/dem untersuchenden Zahnarzt und soll aus Gründen des Strahlenschutzes restriktiv sein. Fluoridlackapplikation und Röntgenbilder setzen das Einverständnis der Eltern voraus.

**Kariesrisikobestimmung:** Die Kariesrisikobestimmung in der 1. Klasse und die Applikation von Fluoridlack auf durchbrechende bleibende Zähne sind in der Gutscheinpauschale inbegriffen.

**Abrechnung:** Bitte senden Sie diesen Gutschein mit Ihrer Rechnung und einem Einzahlungsschein mit Bankverbindung bis spätestens **Ende Juli 2025** an die Schulverwaltung der Sekundarschule Unteres Furttal.

**Name / Vorname der Schülerin / des Schülers:** .....

**Datum des Untersuchs:** .....

**Untersuchungspauschale CHF 88.80**  
**Evtl. 2 BW-Röntgenbilder CHF 38.40**

**Rechnungstotal: CHF** .....

Praxisstempel:
----------------