

Zahnmedizinischer Reihenuntersuch im Schuljahr 2024/25 durchgeführt durch:

Name:

Vorname:

Durch die Schulzahnärztin / den Schulzahnarzt auszufüllen:

**Gesicht, Lippen, Mundschleimhaut, Zunge**

Gesunde Verhältnisse

Auffälligkeiten

**Karies, Hartsubstanzdefekte**

kariesfrei       Karies

Hartsubstanzdefekte (Dysplasie)

**Mundhygiene**

Die Mundhygiene ist

gut

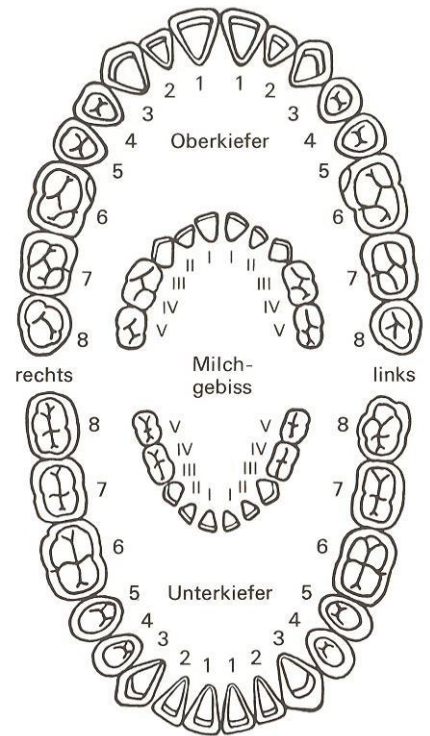
mittelmässig

ungenügend

**Beläge**

weicher Bakterienbelag

harter Bakterienbelag / Zahnstein



**Empfohlene Massnahmen**

**Konservierende Behandlung**

notwendig (Besprechung)

nicht notwendig

**Kieferorthopädische Behandlung**

notwendig (Besprechung)

abklären (Besprechung)

in Behandlung

Behandlung abgeschlossen

**Mundhygiene**

Zahnreinigung notwendig

Instruktion notwendig

**Bemerkungen**.....

Untersuch erfolgte am: \_\_\_\_\_

**Stempel und Unterschrift  
Zahnärztin / Zahnarzt**

Empty box for stamp and signature.

Sehr geehrte Eltern und Erziehungsberechtigte

Zur schulzahnärztlichen Betreuung gehören die zahnmedizinische Prophylaxe und die jährliche Kontrolluntersuchung.

## Kontrolluntersuchung

Die Kontrolluntersuchung erfolgt klassenweise während der Schulzeit. Die Schulzahnärztin / der Schulzahnarzt klärt dabei ab, ob bei Ihrem Kind **Massnahmen im Anschluss empfohlen werden und ob eine Behandlung notwendig ist**. Bei der Untersuchung in der 3. Sek werden zur Kariesdiagnostik Röntgenbilder erstellt.

## Schulzahnärzte der Gemeinde Ebikon

- **Herr Dr. med. dent. Beat Scherrer**, Riedmattstr. 10, Ebikon - 041 440 33 55  
Fachzahnarzt für Oralchirurgie SSO
- **Herr Dr. med. dent. Flavio Hofstetter**, Zentralstr. 42, Ebikon - 041 440 02 02  
eidg. dipl. Zahnarzt SSO
- **Frau Dr. med. dent. Bernadette Grimaldi**, Luzernerstr. 1, Ebikon - 041 450 51 52  
Fachzahnärztin für Kieferorthopädie SSO

## Kosten Kontrolluntersuchung

Die Gemeinde Ebikon trägt die Kosten dieser Kontrolluntersuchung. **Auf eigene Kosten** kann die Untersuchung auch durch Ihre Privatzahnärztin / Ihren Privatzahnarzt durchgeführt werden. Informieren Sie in diesem Fall bitte **vorgängig** die Klassenlehrperson.

## Behandlung

**Für eine allfällig empfohlene Behandlung** (wie Kariesbehandlung, kieferorthopädische Massnahmen, Zahnreinigung) **sind die Eltern verantwortlich**. Diese tragen auch die Kosten für die Behandlung. Sofern nach der Reihenuntersuchung eine Behandlung oder eine weitere Abklärung empfohlen wird, vereinbaren Sie **bitte möglichst rasch einen Termin bei Ihrer Privatzahnärztin oder Ihrem Privatzahnarzt**. Das Zahnblatt soll zum Termin mitgebracht werden.

## Kostenbeteiligung der Gemeinde

Eltern mit einem steuerbaren Einkommen **unter** CHF 32'000, die keine wirtschaftliche Sozialhilfe beziehen, können ein Gesuch um Kostenbeteiligung für zahnerhaltende Massnahmen (**nicht** kosmetische und kieferorthopädische Behandlungen) stellen. Gesuche sind dem Rektorat der Volksschule, Schulhausstr. 22, 6030 Ebikon, einzureichen. Übersteigen die voraussichtlichen Behandlungskosten CHF 500, ist vor der Behandlung ein **entsprechendes Gesuch** einzureichen. In diesem Fall soll die Behandlung durch die Schulzahnärzte Dr. med. dent. Beat Scherrer oder Dr. med. dent. Flavio Hofstetter durchgeführt werden. Voraussetzung ist eine regelmässige und lückenlose Durchführung von notwendigen Behandlungen. Der Selbstbehalt beträgt mindestens CHF 100.

## **Ablauf Kontrolluntersuch**

- Die Lernenden werden während der Schulzeit (zwischen Herbst- und Weihnachtsferien) klassenweise zum Reihenuntersuch aufgeboten und durch die Schulzahnärztin / den Schulzahnarzt untersucht (Datum ist bei den Personalien aufgeführt).
- Die Diagnose wird auf diesem Zahnblatt (letzte Seite) festgehalten.
- **Die Eltern erhalten das Zahnblatt nach dem Kontrolluntersuch und nehmen von der Diagnose Kenntnis (Zahnblatt bitte aufbewahren).**
- Wenn eine Behandlung oder eine weitere Abklärung empfohlen wird, sollen **die Eltern möglichst rasch, jedoch bis spätestens Ende Januar** einen Termin bei ihrer Zahnärztin oder ihrem Zahnarzt vereinbaren. **Das Zahnblatt ist zum Untersuch mitzubringen** und **das Kind zum ersten Behandlungstermin** zu begleiten (Besprechung der Massnahmen und Kosten).

**Schuljahr: 2024/25**

**Datum schulzahnärztlicher Untersuchung:**

(Reihenuntersuchung mit der Klasse am Vormittag)

**Schülerin / Schüler**

Name:

Vorname:

Geb.:

Klasse:

Lehrperson:

**Erziehungsberechtigte/r**

Name:

Adresse:

PLZ/Ort:

Telefon: