

Schule Diepoldsau-Schmitter
Schulsekretariat
Gemeindeplatz 1
9444 Diepoldsau

Auswahl Schulzahnarzt

Im Auftrag des kant. Gesundheitsdepartements stellt die Schule die Organisation, die Durchführung und die Überwachung der Schulzahnpflege sicher. Dazu gehört ein jährlicher Untersuchung beim Zahnarzt. Sie als Eltern können wählen, ob Ihr Kind von einem Schulzahnarzt oder einem Privatzahnarzt untersucht werden soll. Die Wahl bleibt bis auf Widerruf bestehen. Wünschen Sie eine Änderung, muss dies spätestens bis jeweils Anfangs Schuljahr dem Schulsekretariat gemeldet werden.

Angaben Kind/er

Name, Vorname/n:

Adresse:

Eltern:

1. Wahl Schulzahnarzt

Den obligatorischen, jährlichen Untersuchung meines/r Kindes/r lasse ich bei einem **Schulzahnarzt** durchführen (bitte Wahl ankreuzen). Die Schule organisiert den Untersuchung. **Der Termin findet während der Schulzeit statt, ist verbindlich und muss eingehalten werden.** Die Untersuchungskosten werden von der Schule getragen. Behandlungen erfolgen beim Zahnarzt Ihrer Wahl und gehen vollumfänglich zu Lasten der Eltern.

<input type="checkbox"/>	Dr. med. dent. Al Jazrawi Adnan	Zinggenstrasse 13	9443 Widnau
<input type="checkbox"/>	Smile Concept	Unterdorfstrasse 50	9443 Widnau
<input type="checkbox"/>	Dr. med. dent. Kampfner Johannes	Lindenstrasse 52	9443 Widnau
<input type="checkbox"/>	Dr. med. dent. Wendelspiess Walter	Bahnstrasse 44	9435 Heerbrugg

Datum: Unterschrift:

2. Wahl Privatzahnarzt

Den obligatorischen, jährlichen Untersuchung meines/r Kindes/r lasse ich bei einem **Privatzahnarzt** durchführen.

Die Eltern organisieren den Untersuchung beim Privatzahnarzt selber und übernehmen die Untersuchungs- und Behandlungskosten. Der Zahnarzt gibt Ihnen gerne Auskunft, ob die Kosten über die Krankenkasse abgerechnet werden können.

Die Eltern verpflichten sich, die schriftliche Bestätigung des Privatzahnarztes über den erfolgten Untersuchung jeweils bis Ende April dem Schulsekretariat einzureichen. Das entsprechende Formular erhalten Sie Anfangs Schuljahr automatisch vom Schulsekretariat zugestellt.

Name Privatzahnarzt:

Adresse/Ort:

Datum: Unterschrift:

→ Bitte Formular retour an das Schulsekretariat.