ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Service dentaire scolaire SDS
Schulzahnpflegedienst SZPD

Secteur pédodontie
Abteilung Kinderzahnheilkunde

Boulevard de Pérolles 23, 1700 Freiburg

T +41 26 305 98 00
www.fr.ch/szpd

An die Eltern, an die gesetzlichen Vertreter

Jährliche schulzahnärztliche Kontrolle

Die mobile Schulzahnklinik wird am **23. Juni 2025** Halt in der Schule Ihres Kindes machen.

In diesem Zusammenhang möchten wir Ihnen Folgendes mitteilen:

- die jährliche Zahnkontrolle ist **obligatorisch und kostenpflichtig** zum folgenden Tarif:
  Erste Kontrolle Schüler/in (1H) Fr. 62.70 – darauffolgende Kontrolle Fr. 47.00.

- Bei Fragen im Zusammenhang mit Beiträgen an die Zahnbehandlungskosten Ihres Kindes wenden Sie sich bitte an Ihre Gemeindeverwaltung.

Wird Ihr Kind von **einer privaten Zahnärztin/einem privaten Zahnarzt** behandelt, geben Sie bitte der Klassenlehrperson **spätestens bis zum 7. April 2025** den ausgefüllten Talon und das entsprechende **Attest ab** (ab Ausstellung ein Jahr gültig).

- Kinder, die bis zum **Tag der Kontrolle** kein Attest vorweisen können, müssen sich zwingend der Kontrolle unterziehen; gemäss dem Gesetz vom 19. Dezember 2014 über die Schulzahnmedizin (SZMG), Art. 13;

- die **Kontrollen** (ohne Röntgenbild) finden während den Unterrichtszeiten in der **mobilen Zahnklinik** statt;

- die **Behandlungen** werden in der **ortsfesten Schulzahnklinik** durchgeführt. Sie müssen Ihr Kind dorthin begleiten;

- Kinder in kieferorthopädischer Behandlung sind nicht von der Zahnkontrolle dispensiert;

- Ihr Kind erhält nach der erfolgten Kontrolle eine Kontrollbestätigung oder einen Kostenvoranschlag für die erforderliche Behandlung ausgehändigt. Bitte unterschreiben Sie den Kostenvoranschlag und geben diesen der Klassenlehrperson Ihres Kindes ab.

Freundliche Grüsse

Schulzahnpflegedienst SZPD

Schauen Sie sich den Film über den SZPD

Clinique dentaire scolaire/Schulzahnklinik,
Boulevard de Pérolles 23, 1700 Fribourg
Dr. Ligia Garcea
T+41 26 305 98 06
E-Mail: ligia.garcea@fr.ch

Bitte Antworttalon auf der Rückseite ausfüllen

Bitte füllen Sie den Talon bis zum 7. April 2025 aus und geben diesen der Klassenlehrperson Ihres Kindes ab.

Name: .....Vorname: .....Geburtsdatum: ……

Klasse und Lehrperson:…….

Namen und Vornamen der Eltern/gesetzlichen Vertreter: ….……..

Genaue Adresse (Strasse und Ort) ……

Telefon: …… Handy:……

Mein Kind wird sich der schulzahnärztlichen Kontrolle unterziehen lassen:

☐ JA ☐ NEIN: Bitte der Lehrperson das Attest der behandelnden Zahnärztin/des behandelnden Zahnarztes abgeben.
Name behandelnde Zahnärztin/behandelnder Zahnarzt:

…….....

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich dieses Dokument gelesen habe und damit einverstanden bin:

Datum……. Unterschrift……..