



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 Erziehungsberechtigten

Jährliche schulzahnärztliche Kontrollen

Die mobile Schulzahnklinik wird die Kontrollen in der Schule Ihres Kindes vom 15. Juni 2026 durchführen, sofern keine unvorhergesehenen Ereignisse eintreten.

Wichtige Informationen:

- Die jährliche zahnärztliche Kontrolle ist obligatorisch und kostenpflichtig.
 - 1. Kontrolle (1. Harmos): CHF 67.70
 - Weitere Kontrollen: CHF 50.75
- Sie können bei Ihrer Wohngemeinde eine finanzielle Unterstützung für die Zahnbehandlungen Ihres Kindes beantragen.

Wenn Ihr Kind von **einem privaten Zahnarzt/einer privaten Zahnärztin** betreut wird, geben Sie bitte seiner Lehrperson bis spätestens am 06. Februar 2026 eine **Bestätigung**, die 1 Jahr gültig ist.

- Wenn Ihr Kind vor dem vorgesehenen Kontrolltermin keine Bestätigung von seinem Zahnarzt bzw. seiner Zahnärztin (nicht Kieferorthopäde/Kieferorthopädin) vorlegt, muss es die Kontrolle in der mobilen Zahnklinik absolvieren, gemäss dem Gesetz über die Schulzahnmedizin vom 19. Dezember 2014.
- Die Kontrollen finden während der Schulzeit in der mobilen Zahnklinik ohne Röntgenaufnahmen statt. 1H- und 2H-Schüler/innen dürfen bei der Zahnkontrolle gerne begleitet werden. Wenden Sie sich an die Lehrperson Ihres Kindes, um die Uhrzeit zu erfahren.
- Falls eine Behandlung notwendig ist, erfolgt diese später in der fixen Zahnklinik. Sie müssen Ihr Kind dann dorthin begleiten.
- Nach der Kontrolle erhält Ihr Kind über die Lehrperson entweder eine Bestätigung über einen "guten Zahnzustand" oder einen Kostenvoranschlag für die Behandlung. Diesen müssen Sie ausfüllen, unterschreiben und der Lehrperson zurückgeben.

Freundliche Grüsse

Schulzahnpflegedienst SZPD

Schauen Sie sich den Film über den SZPD an



Clinique dentaire scolaire/Schulzahnklinik,
Boulevard de Pérolles 23, 1700 Fribourg
Dr. Ligia Garcea
T+41 26 305 98 06

Bitte den Abschnitt auf der Rückseite ausfüllen →

Bitte ausfüllen und bis spätestens am 06. Februar 2026 der Lehrperson abgeben.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum des Kindes:

Klasse und Lehrperson:.....

Namen und Vornamen der Eltern oder der Erziehungsberechtigten:

.....

Adresse:.....

Telefonnummer:

Handynummer:.....

E-Mail:

Garantiegeber (bitte ankreuzen, falls zutreffend):

☐ ORS

☐ Caritas

☐ Sozialdienst

☐ Vormundschaft

Mein Kind wird zur schulzahnärztlichen Kontrolle in die Zahnklinik gehen:

☐ JA

☐ NEIN: Bitte legen Sie der Lehrperson eine Bestätigung des Zahnarztes / der Zahnärztin vor.

Name des Zahnarztes / der Zahnärztin:

.....

Sind Sie mit einer kostenlosen Hypnose-Anwendung während der Kontrolle einverstanden?

☐ JA

☐ NEIN

Datum.....

Unterschrift.....

