



Dorfstrasse 17
4206 Seewen SO

Mit der Anmeldung zur Schulzahnpflege **bieten** Ihnen die Zahnärztinnen und Zahnärzte der Kantone Basel-Land, Basel-Stadt und der Bezirke Dorneck-Thierstein zusammen mit den Verantwortlichen der Gemeinde folgende Dienstleistungen für Ihre Kinder an:

- die jährliche Kontrolluntersuchung mit Überprüfung und Unterzeichnung der Kontrollkarte
- die individuelle Prophylaxe (Zahnreinigungen / Versiegelungen / Fluoridierung / Motivation)
- diagnostischen Bissflügel-Aufnahmen (Bite Wing)

- die konservierenden Behandlungen
- die chirurgischen Eingriffe
- die Parodontalbehandlung
- die endodontische Behandlung (Wurzelbehandlung)
- die der Behandlung dienenden Röntgenbilder
- die kieferorthopädischen Behandlungen gemäss kantonaler Schwerebewertungsliste. Die Zahnärzte können im Rahmen der Schulzahnpflege Kinder, die eine kieferorthopädische Behandlung benötigen, an eine Kieferorthopädin SSO oder einen Kieferorthopäden SSO (Spezialist/innen) überweisen
- Reduzierter Tarif für alle notwendigen Behandlungen
- **Beitrag gemäss den Bestimmungen der Gemeinde:**

Die Gemeinde erstattet die **erste Befundaufnahme** (4009/14 Taxpunkte à CHF 3.10), die **folgenden Befundaufnahmen** (4010/9,5 Taxpunkte à CHF 3.10) sowie – während der obligatorischen Schulzeit – 2 x pro Kind eine **Röntgenuntersuchung** (4050/5,5 Taxpunkte à CHF 3.10 pro Kiefer) vollumfänglich.

Auf lediglich wünschenswerte Behandlungen müssen Sie trotzdem nicht verzichten. Auch solche Leistungen können von Ihrem Zahnarzt/Zahnärztin erbracht werden. Diese werden nicht von der Gemeinde subventioniert und gehen vollumfänglich zu Ihren Lasten. Für sämtliche Behandlungen haben Sie die freie Zahnarztwahl in den Kantonen Basel-Landschaft, dem Kanton Basel-Stadt und den Bezirken Dorneck-Thierstein. Die Beitrittserklärung muss vollständig ausgefüllt der Gemeindeverwaltung zugestellt werden.

BEITRITTSERKLÄRUNG

Der/die Unterzeichnete meldet sein/ihr Kind bei der Schulzahnpflege der Gemeinde Seewen an:

Familienname des Kindes		Vorname	
Geburtsdatum			
Kindergarten / Schulklasse		in	
Name und Adresse des Zahnarztes			
Krankenkasse / Zahnversicherung			
Name des ge- gesetzlichen Vertreters		Vorname	
Strasse / Nr.		PLZ / Ort	
Telefonnummer			
Datum		Unterschrift	