## KINDER- UND JUGENDZAHNPFLEGE BASEL-LANDSCHAFT

Liebe Eltern

Mit dem Beitritt zur Kinder- und Jugendzahnpflege bieten Ihnen die Zahnärztinnen und Zahnärzte zusammen mit den Verantwortlichen der Gemeinden und des Kantons folgende Dienstleistungen für Ihre Kinder an:

- **Regelmässige Kontrolle** der Zähne bis zum 18. Geburtstag.
- **Vorbeugende Massnahmen** gegen Karies und Parodontitis (Erkrankung des Zahnbettes);
- **Behandlung** von Karies und Zahnfehlstellungen;
- **Reduzierter Tarif** für alle notwendigen Behandlungen;
- **Sozialbeitrag** gemäss den gesetzlichen Bestimmungen.

Auf lediglich wünschenswerte Behandlungen müssen Sie trotzdem nicht verzichten. Im Rahmen der Kinder- und Jugendzahnpflege können auch solche Leistungen erbracht werden. Sie werden aber nicht subventioniert und von der Zahnärztin oder vom Zahnarzt direkt mit Ihnen abgerechnet. Sie haben hier Anrecht auf den Zahnarzttarif UV/MV/IV.

Für sämtliche Behandlungen haben Sie die **freie Zahnarztwahl im ganzen Kanton Basel-Landschaft**.

Mit der Bitte, die Beitrittserklärung vollständig auszufüllen, grüsst Sie freundlich

der/die Verantwortliche für die Kinder- und Jugendzahnpflege

Hier abschneiden ----------

## BEITRITTSERKLÄRUNG

Der/die Unterzeichnete meldet sein/ihr Kind bei der Kinder- und Jugendzahnpflege an:

☐ **Ja** ☐ **Nein**

Falls ja, Behandlung bei .....

Haben Sie für Ihr Kind eine Zahnversicherung abgeschlossen: ☐ Ja ☐ Nein

Name des Kindes ..... Vorname .....

☐ Mädchen ☐ Knabe

Geburtsdatum..... Kindergarten / 1. Klasse .....

Nationalität .....bei Ausländern Ausweiskategorie ☐ **B** ☐ **C** ☐ **F***

***** F für Geflüchtete ( Ausweiskopie beilegen)

Name und Vorname der Erziehungsberechtigten ..... ……

.....

Strasse / Nr. .....

PLZ / Ort..... Tel.....

Datum..... Unterschrift .....

**>>> WICHTIG <<<**

Bitte leiten Sie die Beitrittserklärung **direkt** an die **Gemeindeverwaltung Ihrer Wohngemeinde** weiter.
Das Team der Kreisschule TED dankt Ihnen vielmals für Ihre Mithilfe und Ihre Bemühungen.