

**Bildung und Schule**

**Rückerstattungsbeleg Schulzahnarztendienst**

**Schuljahr 2025/2026 (gültig bis 31. Juli 2026)**

Name/Vorname des Kindes: .....

Name/Vorname Vater: .....

Name/Vorname Mutter: .....

Wohnadresse: .....

Geburtsdatum Kind: .....

Private Zahnversicherung\*:  Ja  Nein

(\*Zusatzversicherung bei der Krankenkasse; bei div. Krankenkassen gibt es ein "Versicherungs-Paket", aus welchem an Zahnarztrechnungen Beiträge geleistet werden.)

Krankenkasse des Kindes, Sektion: .....

IBAN-Nr.: .....

Bank-Filiale: .....

Name Kontoinhaber/in: .....

Telefon-Nr. bei Rückfragen: .....

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r:

.....

- Beilagen:**
- Rechnung der Zahnärztin/des Zahnarztes
  - Leistungsabrechnung oder Ablehnungsentscheid der Krankenversicherung
  - Kopie des Zahlungsnachweises

(Für eine Rückerstattung sind die obengenannten Beilagen zwingend einzureichen.)

Bei kieferorthopädischen Behandlungen muss vor Behandlungstermin ein bewilligtes Subventionsgesuch des Kantons vorliegen. Dies ist durch die Zahnärzte zu beantragen.

**Der Kostenbeitrag des Schulzahnarzt-Dienstes kann in jedem Fall herabgesetzt werden, wenn der jährliche obligatorische Untersuch bzw. die konservierende Behandlung zwei oder mehr Jahre versäumt wurden.**