



Gesundheits- und Sozialdepartement

Gesundheitsamt
Hoferbad 2
9050 Appenzell
Telefon +41 71 788 94 52
info@gsd.ai.ch
www.ai.ch

Information zum „Schulzahnärztlichen Dienst“ für die Eltern der Schülerinnen und Schüler der ersten, dritten und sechsten Klassen der Primarschule

Sehr geehrte Eltern

Gestützt auf die Verordnung über die gesundheitlichen Dienste in den Schulen möchten wir Sie über die Organisation und den Ablauf der schulzahnärztlichen Untersuchungen orientieren. Diese für die Eltern kostenlose Dienstleistung hat zum Ziel, durch gezielte Prävention die Zähne möglichst lange gesund zu erhalten, Karies, Fehlstellungen und Missbildungen möglichst rechtzeitig zu erkennen und im Bedarfsfall die Behandlungsnotwendigkeit aufzuzeigen. Dabei geht es um einen grundsätzlichen Untersuch, der aufzeigen soll, ob unmittelbarer Handlungsbedarf besteht. Der schulzahnärztliche Untersuch ersetzt die regelmässigen und detaillierteren Konsultationen beim eigenen Zahnarzt¹ nicht.

Untersuchung / Dispensation

Die schulzahnärztlichen Untersuchungen sind in der ersten, dritten und sechsten Klasse der Primarschule obligatorisch und beim Schulzahnarzt kostenlos. Die Schüler können vom schulzahnärztlichen Reihenuntersuch befreit werden, wenn sie eine schriftliche Bestätigung der Eltern oder einen Eintrag im Schulzahnpflegeheft durch den behandelnden Zahnarzt der Klassenlehrperson vorlegen (siehe Formular „Dispensation vom schulzahnärztlichen Untersuch“). Wir empfehlen den Eintrag im Schulzahnpflegeheft, damit der Zeitpunkt der erfolgten Untersuchung jederzeit nachvollzogen werden kann. Der reduzierte Untersuchungssturnus und die Dispensationsmöglichkeit stellen vermehrt die Eigenverantwortung der Eltern in Bezug auf die Zahnpflege bei den Kindern in den Vordergrund. Wir ersuchen Sie deshalb, der Zahnpflege und -hygiene bei Ihren Kindern besondere Beachtung zu schenken.

Wird anlässlich der schulzahnärztlichen Untersuch eine Behandlungsnotwendigkeit festgestellt, so wird der Schulzahnarzt dies im Schulzahnpflegeheft vermerken. In diesem Fall werden die Eltern ersucht, sich beim Zahnarzt Ihrer Wahl zur Behandlung anzumelden. Der schulzahnärztliche Dienst ist nicht für Behandlungen zuständig.

¹Die Verwendung männlicher Bezeichnung gilt sinngemäss für beide Geschlechter

Umfang und Inhalt der obligatorischen schulzahnärztlichen Untersuchungen

1. Klasse
- Erhebung Grundzustand erste und bleibende Zähne
 - Abklärung über Missbildungen des Kiefers (massive Fehlentwicklungen)
 - Entwicklung, Kontrolle Karies, Mundhygiene, Behandlungsnotwendigkeit
3. Klasse
- Erhebung Grundzustand bleibende Zähne
 - Entwicklung, Kontrolle Karies, Mundhygiene, Behandlungsnotwendigkeit
 - Abklärung über Missbildungen; Behandlungsnotwendigkeit bei Fehlstellungen
6. Klasse
- Erhebung Grundzustand der Zähne
 - Abklärung über Missbildungen der Kiefer
 - Entwicklung, Kontrolle Karies, Mundhygiene
 - Behandlungsnotwendigkeit bei Fehlstellungen, Schlusskontrolle

Vorgesehener Termin der schulzahnärztlichen Untersuchung durch den Schulzahnarzt

Datum _____

Schulzahnarzt _____

Hinweis für die Klassenlehrperson:

Dieses Informationsschreiben ist durch die Klassenlehrperson mindestens einen Monat vor dem für die schulzahnärztliche Untersuchung vorgesehenen Termin an die betroffenen Schülerinnen und Schüler zu verteilen. Die Dispensationserklärungen sind von der Klassenlehrperson entgegenzunehmen und zusammen mit dem Schulzahnpflegeheft aufzubewahren.

Formular „Dispensation vom schulzahnärztlichen Untersuchung“

Für Schülerinnen und Schüler, welche vom schulzahnärztlichen Reihenuntersuch durch die Eltern befreit werden, ist dieses Formular „Dispensation vom schulzahnärztlichen Untersuchung“ bzw. der Eintrag im Schulzahnpflegeheft bis spätestens eine Woche vor der schulzahnärztlichen Untersuchung der Klassenlehrperson vorzulegen.

Bestätigung der Eltern, dass eine schulzahnärztliche Untersuchung wie unter Punkt „Umfang und Inhalt der obligatorischen schulzahnärztlichen Untersuchungen“ beschrieben, durchgeführt worden ist.

Hiermit bestätige ich, dass wir die obligatorische schulzahnärztliche Untersuchung gemäss Verordnung vom 27. März 2000 (GS 411.510) über den schulzahnärztlichen Dienst bei:

Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ Klasse _____ Schulhaus _____
Name/Vorname
der Eltern _____
Adresse _____

- am _____ beim Zahnarzt eigener Wahl durchgeführt haben
oder
 am _____ beim Zahnarzt eigener Wahl durchgeführt wird.

Ort, Datum

Unterschrift eines Elternteils