

## KINDER- UND JUGENDZAHNPFLEGE BASEL-LANDSCHAFT

---

Liebe Erziehungsberechtigte

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 Anspruch 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, grüssst 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 Zahnarzt: .....

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 Flüchtlinge (Ausweiskopie beilegen)

Name und Vorname der Erziehungsberechtigten .....

Strasse / Nr. ....

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

E-Mail Erziehungsberechtigte .....

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

**Diese Beitrittserklärung bitte direkt an die Kinder- und Jugendzahnpflege der Gemeinde weiterleiten.**