

An alle Eltern der Kindergartenkinder im  
1. Kindergartenjahr, Schuljahr 2024/25



Oey, im Dezember 2024

**Dieses Formular kann auch elektronisch ausgefüllt werden;  
[Schule Diemtigtal - Dokumente Schulalltag \(schule-diemtigtal.ch\)](https://schule-diemtigtal.ch)**

## Schulzahnpflege

Sehr geehrte Eltern

Im Kanton Bern ist die jährliche Untersuchung für alle Schüler und Schülerinnen ab sechs Jahren obligatorisch (Volkschulgesetz Art. 60).

Bei dieser jährlichen Untersuchung werden Mundhygiene, Stand der Gebissentwicklung und die Gesundheit der Zähne und des Zahnfleisches im Rahmen einer Inspektion erfasst und ist für die Eltern kostenlos. Die Eltern haben freie Wahl, bei welchem Zahnarzt/-ärztin sie ihre Kinder untersuchen lassen wollen. Von der Schulbehörde wurden folgende Schulzahnärzte/-ärztinnen ernannt:

Praxis	Adr. / Ort		Tel.
Dr. med. dent. Michael Krebs	Diemtigtalstr. 15	3753 Oey	033 681 18 01
Dr. med. dent. Andreas Bittner	Seestrasse 3	3700 Spiez	033 650 90 90
Dr. med. dent. Mariam & Davide Mazzi	Seestrasse 34	3700 Spiez	033 654 10 24
Dr. med. dent. Markus Huwiler	Kirchgasse 27	3700 Spiez	033 654 55 20
Dr. med. dent. Adrian Kammermann	Seestrasse 3	3700 Spiez	033 654 52 54
Dr. med. dent. Fabian Landmesser	Oberlandstr. 45	3700 Spiez	033 654 10 00
Dr. med. dent. Sandra Lemp	Oberlandstr. 23	3700 Spiez	033 654 15 66

Die oben aufgeführten Schulzahnärzte/-innen rechnen die Untersuchungskosten in der Regel direkt mit der Gemeinde ab. **Die Kinder, die beim Schulzahnarzt M. Krebs** zur Untersuchung gehen, **vereinbaren den Termin selbständig**. Die anderen Schulzahnärzte/-ärztinnen erhalten von uns eine Liste und die Kinder werden aufgebeten. Die Untersuchung muss bis Ende Januar erfolgt sein.

Für Untersuchungen beim privaten Zahnarzt, kann der Betrag mit dem „Rückerstattungsformular Schulzahnarzt privat“ geltend gemacht werden (max. CHF 33.10/Schüler/in). Die Rechnungskopie benötigen wir zwingend zu Kontrollzwecken der durchgeführten Untersuchung. Das Rückerstattungsformular finden Sie unter [www.schule-diemtigtal.ch/schule/dokumente](http://www.schule-diemtigtal.ch/schule/dokumente). Informieren Sie Ihren privaten Zahnarzt darüber, dass die Rechnung direkt an Sie geschickt werden muss (nicht an die Gemeinde).

Bitte teilen Sie uns **bis 08. Januar 2024** mit (Rückseite), bei welchem Zahnarzt/-ärztin Sie Ihr Kind in Zukunft untersuchen lassen möchten. Ohne Ihren Gegenbericht bis jeweils zum 20. August des neuen Schuljahres, gehen wir davon aus, dass Sie die Untersuchung bei demselben Zahnarzt wünschen wie im Vorjahr (andernfalls bitte Mitteilung an [sekretariat@schule-diemtigtal.ch](mailto:sekretariat@schule-diemtigtal.ch))

Freundliche Grüsse

Regula Krummenacher  
Schulleiterin Schule Diemtigtal

## **Volksschulgesetz VSG, Art. 60, schulzahnärztlicher Dienst**

---

### **Art. 60**

#### **Schulzahnärztlicher Dienst**

1 Der schulzahnärztliche Dienst bezweckt die Gesunderhaltung der Kauorgane und deren kostengünstige Behandlung. \*

2 Die Gemeinden führen für die öffentlichen und privaten Volksschulen den schulzahnärztlichen Dienst durch. \*

3 Die Aufgaben des schulzahnärztlichen Dienstes umfassen \*

a die erforderliche Prophylaxe:

1. Jährliche Kontrolluntersuchung
2. \*regelmässige vorbeugende Massnahmen in der Volksschule unter Beizug von Fachpersonal,

b das kostengünstige Angebot für die Behandlung kranker Kauorgane und anomaler Gebisse durch

1. Ernennen von Schulzahnärztinnen und Schulzahnärzten,
2. Anwenden des Schulzahnpflegetraifs.

4 Die Wohnsitzgemeinden tragen die Kosten der Prophylaxe, unterstützen minderbemittelte Eltern und können weitere Behandlungskostenbeiträge ausrichten. \*

5 Die Erziehungsdirektion erlässt Empfehlungen. \*

---

### **Personalien Kind**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Strasse/Nr.: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Name/Vorname  
Erziehungsberechtigte: \_\_\_\_\_

### **Erklärung der Eltern**

Ja, wir wünschen eine Behandlung durch folgenden Schulzahnarzt/-ärztin.

Name Schulzahnarzt/-ärztin: \_\_\_\_\_

Nein, unser Kind wird durch einen privaten Zahnarzt / eine private Zahnärztin untersucht.

Name Zahnarzt/-ärztin: \_\_\_\_\_

Wir werden die Kosten mittels Rückerstattungsformular geltend machen und die Rechnung als Kontrollbestätigung beilegen.

### **Erklärung der Eltern zur Anwendung von Fluoridkonzentraten:**

Wir sind einverstanden, dass beim Fluorbürsten in der Schule gemäss VSG, Art. 60, Abs. 3a 2 (siehe oben) Fluoridkonzentrate angewendet werden:

ja

nein

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift der Eltern: \_\_\_\_\_