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 zur Mündigkeit;
- **Vorbeugende Massnahmen** gegen Karies und Parodontitis (Erkrankung des Zahnbettes);
- **Behandlung** von Karies und Zahnstellungsanomalien;
- **Reduzierter Tarif** für alle notwendigen Behandlungen;
- **Eventueller Sozialbeitrag** gemäss Verordnung zur Leistung von Gemeindebeiträgen an die Kosten von zahnärztlichen Behandlungen im Rahmen der Kinder- und Jugendzahnpflege der Gemeinde Lupsingen.

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 Sozialversicherungstarif.

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

Mit der Bitte, die Beitrittserklärung vollständig auszufüllen, grüsst Sie freundlich
Kinder- und Jugendzahnpflege, Lupsingen

August 2015

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

BEITRITTSERKLÄRUNG

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

☐ **Ja** ☐ **Nein**

Falls ja, Behandlung bei .....

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 Eltern …….....

.....

Strasse / Nr. .....

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

Datum: ..... Unterschrift: .....

Diese Beitrittserklärung bitte direkt an die Kinder- und Jugendzahnpflege der Gemeinde Lupsingen, Liestalerstr. 14, 4419 Lupsingen / Kontaktperson: Daniela Tschopp, Telefon 061 915 90 50 weiterleiten.