

**Beitragsgesuch an die Behandlungskosten
gemäss Verordnung über den schulzahnärztlichen Dienst**

Personalien

Schüler/in: Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Eltern: Name und Vorname des gesetzlichen Vertreters / der gesetzlichen Vertreterin:

Adresse: _____

Tel.Nummer: _____

Für Konkubinatspaare: Name und Vorname der/des Konkubinatspartners/-partnerin:

Seit wann leben Sie im gemeinsamen Haushalt: _____

Für getrennt lebende / geschiedene Eltern:

- Werden die Kinder gemeinsam betreut? Ja / Nein
- Besteht eine Alimentenvereinbarung? Ja / Nein

Anzahl der im Haushalt lebenden minderjährigen Kinder: _____

Für Sozialhilfebezüger: Bei Bezug von Sozialleistungen ist der Sozialdienst für die Kostenübernahme zuständig.

Leistungen anderer Kostenträger

Name der Krankenkasse: _____

Die Krankenkasse zahlt an die Rechnung des Zahnarztes/der Zahnärztin:

Fr. _____ pro Jahr / pro Fall / ... (bitte ankreuzen, Bemerkungen auf der Rückseite anbringen)

Die Invalidenversicherung zahlt an die Rechnung des Zahnarztes/der Zahnärztin:

Fr. _____ pro Jahr / pro Fall / ... (bitte ankreuzen, Bemerkungen auf der Rückseite anbringen)

Ort/Datum: _____ Unterschrift der Antragstellenden: _____