

## Kinder- und Jugendzahnpflege

**Zuständig** Andrea Delmas  
**Telefon** 061 405 42 25  
**E-Mail** andrea.delmas@oberwil.bl.ch

### Beitrittserklärung

Liebe Eltern

Mit dem Beitritt zur Kinder- und Jugendzahnpflege bieten Ihnen die Zahnärztinnen und Zahnärzte zusammen mit der Gemeinde und dem Kanton Basel-Landschaft folgende Dienstleistungen für Ihre Kinder an:

- Regelmässige Kontrolle der Zähne bis zum vollendeten 18. Altersjahr
- Vorbeugende Massnahmen gegen Karies und Parodontitis (Erkrankung des Zahnbettes)
- Behandlung von Karies und Zahnstellungsanomalien
- Reduzierter Tarif für alle notwendigen Behandlungen
- Sozialbeitrag gemäss den gesetzlichen Bestimmungen (Rückseite des Merkblattes).

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem beiliegenden Merkblatt.

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

Eine Auswahl Adressen von Zahnarztpraxen in Oberwil und Umgebung finden Sie auf der Rückseite. Sollte Ihr/Ihre Zahnarzt/-ärztin nicht im Kanton Basel-Landschaft domiziliert sein, so bedarf dies einer Bewilligung der Kantonszahnärztin. Das entsprechende Formular sowie allfällig weitere Beitrittserklärungen werden wir Ihnen auf Anfrage gerne zustellen.

Wir bitten Sie, die Beitrittserklärung **in jedem Fall auszufüllen** und an die Kinder- und Jugendzahnpflege, Gemeindeverwaltung, Hauptstrasse 24, 4104 Oberwil, zu senden.

Freundliche Grüsse

Andrea Delmas  
Sachbearbeiterin

### Gemeindeverwaltung

Hauptstrasse 24 4104 Oberwil Tel 061 405 44 44 Fax 061 405 42 14 [gemeinde@oberwil.bl.ch](mailto:gemeinde@oberwil.bl.ch) [www.oberwil.ch](http://www.oberwil.ch)

**BEITRITTSERKLÄRUNG – GÜLTIG AB SOFORT**

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

Ja       Nein

\* Falls ja, Behandlung bei .....

\* War Ihr Kind am alten Wohnort ebenfalls in der Schulzahnpflege angemeldet ?    Ja       Nein

\* Falls ja, Name und Adresse des Zahnarztes/Zahnärztin:

.....

\* **Vor- und Nachname des Kindes** .....

Mädchen       Knabe      \* Geburtsdatum.....

\* Nationalität ..... bei Ausländern Ausweiskategorie  B    C    F    N

\* Name und Vorname der Eltern / Erziehungsberechtigten:

.....

.....

\* Strasse / Nr. .... PLZ / Ort.....

Telefon-Nr. ....

Datum .....      Unterschrift .....

\* **Müssen zwingend beantwortet werden.**

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

**Gemeindeverwaltung**

Hauptstrasse 24 4104 Oberwil Tel 061 405 44 44 Fax 061 405 42 14 [gemeinde@oberwil.bl.ch](mailto:gemeinde@oberwil.bl.ch) [www.oberwil.ch](http://www.oberwil.ch)