



Schulkreis BeLoSe  
Friedhofstrasse 2  
4512 Bellach

### Verzichtserklärung

Hiermit bestätigen wird, dass die jährliche Gebiss-Kontrolle von unserem Kind durch unseren  
Privatzahnarzt / unsere Privatzahnärztin durchgeführt wird.

Name / Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Name/Vorname Eltern: .....

Strasse: .....

Ort: .....

Telefon-Nr.: .....

Somit **verzichten** wir auf die obligatorische Untersuchung im Rahmen der Schulzahnpflege  
des Schulkreises BeLoSe. Wir **bestätigen** von den nachstehenden §§ des Reglements über  
die Schulzahnpflege des Schulkreises BeLoSe Kenntnis genommen zu haben:

#### §7

##### A. Untersuchung

- b) Die Erziehungsberechtigten können die jährliche, obligatorische Reihenuntersuchung auch durch eine an-  
dere Zahnärztin oder einen anderen Zahnarzt durchführen lassen. Die Erziehungsberechtigten haben dies-  
falls dem Zweckverband Schulkreis BeLoSe gemäss § 48 Abs. 3 GesG **Rechenschaft** über die erfolgte  
Untersuchung abzulegen. Die Kosten für die Untersuchung durch eine andere Zahnärztin oder einen an-  
deren Zahnarzt sind vollumfänglich durch die Erziehungsberechtigten zu übernehmen.

##### B. Behandlung

- a) Die Behandlungen können durch die Schulzahnärztin oder den Schulzahnarzt oder durch eine andere Zahnärztin  
oder einen anderen Zahnarzt durchgeführt werden.
- b) Die Erziehungsberechtigten haben schriftlich zu erklären, ob die schulpflichtigen Kinder oder Jugendlichen durch  
die Schulzahnärztin oder den Schulzahnarzt oder eine frei zu bestimmende Zahnärztin oder einen frei zu be-  
stimmenden Zahnarzt zu behandeln sind.
- c) Die Kosten für die Behandlungen durch eine andere Zahnärztin oder einen anderen Zahnarzt sind vollumfänglich  
durch die Erziehungsberechtigten zu übernehmen.

Ort / Datum:

Unterschrift eines Elternteils:

.....

.....