

Trubschachen,

_____ wurde von Dr. med. dent. _____ am _____ zahnärztlich abgeklärt.

Die Rechnung beträgt	CHF _____
./.. ev. Beitrag Krankenkasse	CHF _____
= Massgebende Behandlungskosten	CHF _____
./.. Selbstbehalt (CHF 100.00 pro Kind und Jahr)	CHF _____
= Selbstkosten	CHF _____
Beitrag von CHF _____ oder _____ % durch den Schulverband Trub-Trubschachen	CHF _____
Zu Lasten der Eltern verbleiben (exkl. Selbstbehalt)	CHF _____

Die Zahnarztrechnung wurde vorschussweise vom Schulverband Trub-Trubschachen bezahlt. Wir bitten Sie um Überweisung Ihres Anteils innert 14 Tagen mittels beiliegendem Einzahlungsschein.

Die Rechnung wurde bereits von Ihnen bezahlt. Wir werden Ihnen unseren Beitrag in den nächsten Tagen überweisen.

Die Erziehungsberechtigten erklären, dass sie vom Reglement der Schulzahnpflege Kenntnis haben und damit einverstanden sind.

Unterschrift

Beilagen:

- Behandlungskostenrechnung des Zahnarztes
- Abrechnung der Krankenkasse oder anderer Kostenträger
- Nachweis über die tatsächlich vorgenommene Bezahlung der entsprechenden Behandlungskosten
- Einzahlungsschein, bzw Bekanntgabe der Zahlungsverbindung für die allfällige Überweisung des Beitrages
- Nachweis der jährlichen Zahnkontrollen

Dieses Formular ist mit den Beilagen einzureichen an: Sekretariat, Ortbachstr. 7, 3555 Trubschachen.