## Kinder- und Jugendzahnpflege Baselland (KJZ)

#### 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 (Erkrankungen des Zahnbettes)
- Behandlung von Karies und Zahnstellungsanomalien
- Reduzierter Tarif für alle notwendigen Behandlungen
- Sozialbeitrag gemäss den gesetzlichen Bestimmungen

Auf lediglich wünschenswerte Behandlungen müssen Sie ebenfalls nicht verzichten. Im Rahmen der Kinder- und Jugendzahnpflege können auch solche Leistungen erbracht werden. Sie werden jedoch nicht subventioniert (= finanziell unterstützt) und von den Zahnärztinnen und Zahnärzten direkt mit Ihnen abgerechnet. Sie haben hier Anrecht auf den Sozialversicherungstarif.

### Für alle Behandlungen haben Sie die freie Zahnarztwahl im ganzen Kanton Baselland.

#### Achtung!

- Falls Sie Ihr Kind <u>nicht</u> anmelden, verzichten Sie auf sämtliche Subventionen: je nach steuerbarem Einkommen bis 100%, jedoch mindestens 10% der Behandlungskosten.
- Zudem braucht es den "KJZ-Stempel" auf dem Rückerstattungsbeleg, falls Sie eine Zahn-Zusatzversicherung bei Ihrer Krankenkasse haben; ohne Stempel erhalten Sie keine Beiträge.

Die beiliegende Beitrittserklärung können Sie bei der Gemeindeverwaltung Ormalingen abgeben.

# Beitrittserklärung zur Kinder- und Jugendzahnpflege Baselland (KJZ)

| Wir melden unsei              | Kinder bei der Kinde  | er- und Jugend:  | zahnpflege an: |                  |              |  |
|-------------------------------|-----------------------|------------------|----------------|------------------|--------------|--|
| ◯ Ja                          |                       | ○ Nein           |                |                  |              |  |
| Falls ja:<br>Wir wünschen die | e zahnärztliche Behar | ndlung bei folge | endem Zahnarz  | zt / in folgende | r Praxis:    |  |
| Dr. med. dent                 |                       |                  |                |                  |              |  |
| Name des Kindes               | :                     |                  |                |                  |              |  |
|                               |                       |                  | ○ Knabe        |                  |              |  |
| Geburtsdatum:                 |                       |                  |                |                  |              |  |
| Nationalität:                 |                       |                  |                |                  |              |  |
| Bei Ausländern Au             | usweiskategorie       | ОВ               | ○c             | ○ F              | $\bigcirc$ N |  |
| Vollständiger Nan             | ne und Vorname der    | Erziehungsber    | echtigten:     |                  |              |  |
| Mutter:                       |                       |                  |                |                  |              |  |
| Vater:                        |                       |                  |                |                  |              |  |
| Strasse:                      |                       |                  |                |                  |              |  |
| PLZ / Ort:                    |                       |                  |                |                  |              |  |
| Tel. :                        |                       |                  |                |                  |              |  |
| Datum:                        | U                     | nterschrift:     |                |                  |              |  |