

Soziale Dienste / Gesundheit

Hauptstrasse 2
4132 Muttenz
Telefon 061 466 62 80
www.muttenz.ch

Unsere Ref. Stephanie Kadiri
Direktwahl 061 466 62 80
E-Mail stephanie.kadiri@muttenz.ch

Öffnungszeiten

Montag, Dienstag, Donnerstag 08.15 - 11.45 Uhr 13.45 - 17.00 Uhr
Mittwoch 08.15 - 11.45 13.45 - 18.30 Uhr
Freitag 08.45 - 17.45 13.45 - 16.00 Uhr

Gemeinde Muttenz
Kinder- und Jugendzahnpflege
Hauptstrasse 2
4132 Muttenz 1

KINDER- UND JUGENDZAHNPFLEGE BASEL-LANDSCHAFT

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 (Erkrankung des Zahnbettes);
- **Behandlung** von Karies und Zahnstellungsanomalien;
- **Reduzierter Tarif** für alle notwendigen Behandlungen;
- **Sozialbeitrag** gemäss den gesetzlichen Bestimmungen.

Auf lediglich wünschenswerte Behandlungen müssen Sie trotzdem nicht verzichten. Im Rahmen der Kinder- und Jugendzahnpflege können auch solche Leistungen erbracht werden. Sie werden aber nicht subventioniert und von der Zahnärztin oder vom Zahnarzt direkt mit Ihnen abgerechnet. Sie haben hier Anrecht auf den Sozialversicherungstarif.

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

Mit der Bitte, die Beitrittserklärung vollständig auszufüllen, grüsst Sie freundlich
Kinder- und Jugendzahnpflege (KJZP) der Gemeinde Muttenz

Beitrittserklärung

Der /die Unterzeichnete meldet sein/ihr Kind bei der Kinder- und Jugendzahnpflege an: ja nein
Falls ja, Behandlung bei: Dr. med. dent. Zahnversicherung: ja nein

Name / Vorname des Kindes: Mädchen Knabe
Geburtsdatum: Kindergarten / 1. Klasse:
Nationalität: bei Ausländern Ausweiskategorie: B C F*
*F für Flüchtlinge (Ausweiskopie beilegen)

Name / Vorname der Eltern:
Konkubinatspartner: Anzahl Kinder:
Zivilstand: ledig verheiratet getrennt geschieden eingetragene Partnerschaft
Strasse / Nr.: PLZ / Ort:
Telefon: E-Mail:

Datum: Unterschrift: _____