An die Empfänger des Vernehmlassungsverfahrens

**Formular für die Vernehmlassung zum Vorentwurf der Botschaft zur Änderung des AGFamZG zur Einführung einer Finanzhilfe für Zahnpflege**

Frist : 16. Januar 2023

Per Post an : Departement für Gesundheit, Soziales und Kultur, Dienststelle für Gesundheitswesen, Avenue de la Gare 23, 1950 Sitten

Oder per E-Mail an folgende Adresse gesundheitswesen@admin.vs.ch

|  |  |
| --- | --- |
| **Stellungnahme von :** |  |
| Name: | Hier klicken oder berühren um den Text einzugeben. |
| Kontaktperson: | Hier klicken oder berühren um den Text einzugeben. |
| Adresse: | Hier klicken oder berühren um den Text einzugeben. |
| Telefonnummer: | Hier klicken oder berühren um den Text einzugeben. |
| Datum: | Hier klicken oder berühren um den Text einzugeben. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ja, voll-kommen | Eher ja | Eher nein | Nein |
|  |  |  |  |  |
| 1. **Unterstützen Sie die Massnahmen zur Verlängerung der Finanzierung von 40 % der Leistungen der Zahnerhaltung bis zum 18. Lebensjahr?**
 |[ ] [ ] [ ]  [ ]  |
|  |  |  |  |  |
| *Anmerkungen:*Hier klicken oder berühren um den Text einzugeben. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ja, voll-kommen | Eher ja | Eher nein | Nein |
|  |  |  |  |  |
| 1. **Befürworten Sie den Vorschlag, die Motivations- und Instruktions-Besuche bis zum Ende der obligatorischen Schule (11. Harmos) zu verlängern?**
 |[ ] [ ] [ ]  [ ]  |
|  |  |  |  |  |
| *Anmerkungen:*Hier klicken oder berühren um den Text einzugeben. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ja, voll-kommen | Eher ja | Eher nein | Nein |
|  |  |  |  |  |
| 1. **Befürworten Sie die Erstellung eines Informationsflyers für die Eltern von Kindern im Vorschulalter, der über die Bedeutung einer guten Mundhygiene informiert?**
 |[ ] [ ] [ ]  [ ]  |
|  |  |  |  |  |
| *Anmerkungen:*Hier klicken oder berühren um den Text einzugeben. |
|  | Ja, voll-kommen | Eher ja | Eher nein | Nein |
|  |  |  |  |  |
| 1. **Unterstützen Sie die Einrichtung einer zahnmedizinischen Bereitschaftsdienstes einen Samstag pro Monat in den drei Regionen des Kantons?**
 |[ ] [ ] [ ]  [ ]  |
|  |  |  |  |  |
| *Anmerkungen:*Hier klicken oder berühren um den Text einzugeben. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ja, voll-kommen | Eher ja | Eher nein | Nein |
|  |  |  |  |  |
| 1. **Befürworten Sie die Massnahme zur Anhebung der Grenze für Dentalhygiene für Empfänger von Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, indem ein Maximalbertrag, der je nach Situation des Patienten angepasst werden kann, festgelegt wird?**
 |[ ] [ ] [ ]  [ ]  |
|  |  |  |  |  |
| *Anmerkungen:*Hier klicken oder berühren um den Text einzugeben. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ja, voll-kommen | Eher ja | Eher nein | Nein |
|  |  |  |  |  |
| 1. **Befürworten Sie die Empfehlung zur Ernennung eines Vertrauenszahnarztes in den Institutionen für Menschen mit Behinderungen sowie der Stiftung Chez Paou?**
 |[ ] [ ] [ ]  [ ]  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| *Anmerkungen:*Hier klicken oder berühren um den Text einzugeben. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ja, voll-kommen | Eher ja | Eher nein | Nein |
|  |  |  |  |  |
| 1. **Unterstützen Sie die Einführung einer zahnärztlichen Kontrolle für ältere Menschen innert drei Monaten nach Heimeintritt?**
 |[ ] [ ] [ ]  [ ]  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| *Anmerkungen:*Hier klicken oder berühren um den Text einzugeben. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ja, voll-kommen | Eher ja | Eher nein | Nein |
|  |  |  |  |  |
| 1. **Befürworten Sie die vorgeschlagene finanzielle Unterstützung für Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen?**
 |[ ] [ ] [ ]  [ ]  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| *Anmerkungen:*Hier klicken oder berühren um den Text einzugeben. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ja, voll-kommen | Eher ja | Eher nein | Nein |
|  |  |  |  |  |
| 1. **Sind Sie insgesamt mit dem Vorentwurf der Botschaft in seiner aktuellen Fassung einverstanden?**
 |[ ] [ ] [ ]  [ ]  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| *Anmerkungen:*Hier klicken oder berühren um den Text einzugeben. |