

Bestätigung für die obligatorische zahnärztliche Kontrolle

Schuljahr 20... / ...

Auszufüllen durch die Eltern

Name und Vorname	
Adresse / Wohnort	
Geburtsdatum	
Klassenlehrperson	
Klasse	

Auszufüllen durch die Zahnärztin / den Zahnarzt

☐ Die Untersuchung (Gebisskontrolle, Kostenvoranschlag) wurde durchgeführt.	
☐ Das Kind ist / war in Behandlung.	
Datum:	Stempel der Zahnärztin/des Zahnarztes
Die Bestätigung auf diesem Formular gilt als Nachweis für die obligatorische jährliche Kontrolle. Die blaue Schulzahnpflegekarte bleibt beim Zahnarzt resp. bei den Eltern.	

Zurück an die Schule bis Ende November