

Bestätigung der Privatzahnärztin/des Privatzahnarztes zur obligatorischen Zahnkontrolle

Name / Vorname des Kindes:

Geburtsdatum:

Name / Vorname Erziehungsberechtigte:

Adresse:

☐ durchgeführt am:

Durch Privatzahnärztin/Privatzahnarzt auszufüllen:

**Die obligatorische Zahnkontrolle wurde durchgeführt und die Eltern wurden über den Befund
(bitte entsprechendes ankreuzen) informiert.**

Befund: Behandlung nötig?

☐ Ja

☐ Nein

Ort und Datum:

.....

Stempel und Unterschrift der
Privatzahnärztin/des Privatzahnarztes

Unterschrift der Erziehungsberechtigten (die bestätigt, dass der Befund zur Kenntnis genommen wurde):

.....

Bitte retour an die Schulverwaltung bis spätestens 30. April 2027. Danke!