SCHULVERWALTUNG
Tel. 044 956 22 22
sekretariat@schulefehraltorf.ch

SCHULE FEHRALTORF

Bestätigung Schulzahnuntersuch 2020/2021

Schicken Sie uns die Bestätigung inkl. Unterschrift des Zahnarztes bis am **Freitag, 23. April 2021** zurück.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Klassenlehrperson: _____

Die Rechnung des Zahnarztes müssen Sie selber bezahlen. Wir überweisen Ihnen den Pauschalbetrag auf folgendes Konto:

Bank: _____ Lautend auf: _____

IBAN-Nr.: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐

Datum, Stempel und Unterschrift des Zahnarztes:

Durch den Zahnarzt auszufüllen ↓

----------✂----------✂----------✂--------

Beim Schulzahnuntersuch 2020/2021 von

Name: _____ **Vorname:** _____

wurde folgendes festgestellt:

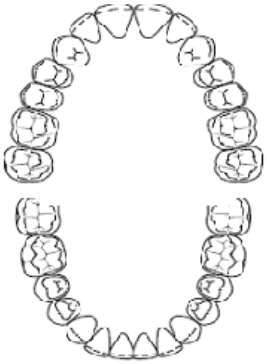
❑ Kariesfreies Gebiss

❑ Behandlung notwendig, bitte melden Sie Ihr Kind an für
- ❍ Karies
- ❍ Zahnstein

❑ Milchzahnkaries, Behandlung nicht mehr notwendig

❑ Kieferorthopädische Behandlung
- ❍ voraussichtlich notwendig
- ❍ dringend
- ❍ bereits abgeklärt

Mundhygiene ❑ gut ❑ mittel ❑ schlecht

Milchzähne

Bleibende Zähne