

## Bestätigung Schulzahnuntersuch 2018/2019

Bitte schicken Sie den oberen Teil dieser Bestätigung inkl. Unterschrift des Zahnarztes bis am **Donnerstag, 18. April 2019** an die Schulverwaltung Fehraltorf, Postfach 231, 8320 Fehraltorf.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Klassenlehrperson: \_\_\_\_\_

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

Bank: \_\_\_\_\_ IBAN-Nr.: \_\_\_\_\_

Lautend auf: \_\_\_\_\_

### Datum, Stempel und Unterschrift des Zahnarztes:

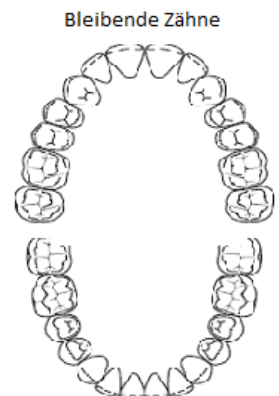
### Beim Schulzahnuntersuch 2018/2019 von

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



↓  
Durch den Zahnarzt auszufüllen