

Bestätigung der jährlichen Zahnkontrolle

Dieses Formular ist zur jährlichen Kontrolle beim Zahnarzt mitzunehmen. Der Zahnarzt füllt das Formular aus und sendet dieses zusammen mit der Rechnung an folgende Adresse: Gemeindeverband Schule Zollbrück, Schulsekretariat, Lauperswilstrasse 1, 3436 Zollbrück

Danke für Ihre Mithilfe.

Abschnitt Eltern

Behandelnder Zahnarzt:

Name und Vorname
Schüler/Schülerin:

Schulhaus:

Klasse:

Abschnitt Zahnarzt

Der unterzeichnende Zahnarzt bestätigt, dass die obengenannte Schülerin oder der obengenannte Schüler in diesem Schuljahr untersucht worden ist.

Datum der Untersuchung

Stempel und Unterschrift
des Zahnarztes

Auf der Rückseite sind die Ergebnisse der Untersuchung einzutragen.

Hinweis: Der Gemeindeverband bezahlt maximal CHF 30.00 an die Untersuchung. Falls der Zahnarzt mehr verrechnet, muss der Restbetrag von den Eltern selbst bezahlt werden.

Die Behandlung ist

nicht nötig

nötig

Befund		

Vorgesehene Behandlung	Anzahl	
Röntgen		
Anästhesien		
Extraktionen		
Wurzelbehandlung		
Füllungen		
- an Milchzähnen		
- an bleib. Zähnen		
Zahnreinigung		
Versiegelungen		
Prophylaxe		

Voraussichtliche Kosten CHF

Bemerkungen

.....

.....