



Schulzahnärztliche Kontrolluntersuchung

Schuljahr: **2026/2027**

Name/Vorname.....

Kontrolluntersuchung erfolgt am:

Datum.....

Eine Behandlung ist:

☐
☐
☐

nicht nötig
nötig (bitte bei behandelndem Zahnarzt Termin vereinbaren)
Empfehlenswert

Vorgesehene Behandlung

Anzahl

Zahn

Röntgen

Anästhesien

Extraktionen

Wurzelbehandlungen

Füllung an Milchzähnen

Füllung an bleibenden Zähnen

Versiegelungen

Zahnreinigung

Prophylaxe

Fluoridierung

Zahnstellung abklären
(falls noch nicht erfolgt)

☐ voraussichtliche Kosten

☐ Kosten gemäss behandelndem Zahnarzt

Bemerkungen

☐ Zahnstellung beobachten

☐ Behandlung dringend notwendig

☐ Weiteres: