

Bestätigung der jährlichen Zahnkontrolle – Schuljahr 2026/2027

Dieses Formular ist zur jährlichen Kontrolle beim Zahnarzt mitzunehmen und vom Zahnarzt unterschreiben zu lassen. Anschliessend bitte die Bestätigung dem Klassenlehrer / der Klassenlehrerin zurückgeben. Die zahnärztliche Untersuchung sollte bis **Ende April** erfolgen.

Besten Dank für Ihre Mithilfe!

Behandelnder Zahnarzt:

Der unterzeichnende Zahnarzt bestätigt, dass

Name und Vorname

Schüler/Schülerin:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer:

im Schuljahr 2025/2026 untersucht worden ist.

Datum der Untersuchung:

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes: