

Sehr geehrte Eltern

Im nächsten Quartal führen die Schulzahnärzte den zahnärztlichen Untersuchung durch. Die Kosten des Untersuchungs beim Schulzahnarzt werden von der Schule übernommen. Falls Ihr Kind zurzeit in zahnärztlicher Behandlung ist oder im letzten Halbjahr einen Untersuchung hatte, **kann nur mit einer Unterschrift des Privatzahnarztes** vom Schuluntersuch abgesehen werden.

Bitte den ausgefüllten Talon der Kindergärtnerin / der Lehrerin / dem Lehrer einreichen. Besten Dank!



Name: Vorname:

Klasse: Unterschrift der Eltern:

Schulzahnärztlicher Untersuchung erwünscht

Schulzahnärztlicher Untersuchung nicht erwünscht

Ich bestätige, dass der/die obengenannte Schüler/in in meiner Behandlung ist.

Datum: Unterschrift und Stempel des Zahnarztes:

Schulzahnärztlicher Untersuchung

Sehr geehrte Eltern

Im nächsten Quartal führen die Schulzahnärzte den zahnärztlichen Untersuchung durch. Die Kosten des Untersuchungs beim Schulzahnarzt werden von der Schule übernommen. Falls Ihr Kind zurzeit in zahnärztlicher Behandlung ist oder im letzten Halbjahr einen Untersuchung hatte, **kann nur mit einer Unterschrift des Privatzahnarztes** vom Schuluntersuch abgesehen werden.

Bitte den ausgefüllten Talon der Kindergärtnerin / der Lehrerin / dem Lehrer einreichen. Besten Dank!



Name: Vorname:

Klasse: Unterschrift der Eltern:

Schulzahnärztlicher Untersuchung erwünscht

Schulzahnärztlicher Untersuchung nicht erwünscht

Ich bestätige, dass der/die obengenannte Schüler/in in meiner Behandlung ist.

Datum: Unterschrift und Stempel des Zahnarztes: