

Formular Schulzahnpflege (Modellwahlblatt)

Schuljahr 2024/2025

1. Personalien des Schülers / der Schülerin

Klassenbezeichnung:

Vorname und Name:

Geburtsdatum:

Wohnadresse:

Eltern:

Telefon:

2. Schulzahnarzt

Für die Sekundarstufe 1 Wichtrach ist als Schulzahnarzt zuständig:

Dr. med. dent. Michel Krähenbühl, Hängertstrasse 7, 3114 Wichtrach, Tel.: 031 781 21 21

3. Erklärung der Eltern / der Erziehungsberechtigten (Zutreffendes ankreuzen und unterschreiben)

A Wir wünschen die kostenlose Kontrolluntersuchung und bei Bedarf die Behandlung in der Schulzahnarztpraxis. **7. Klassen: bitte Zahnkarte beilegen (wenn vorhanden)!**

B Die Kontrolluntersuchung und Behandlung werden wir bei

.....
(Name, Adresse des privaten Zahnarztes) durchführen lassen.

Nur für SuS in der 9. Klasse: Wir sind mit der Durchführung einer Röntgenuntersuchung einverstanden:

ja nein

Datum: Unterschrift:

Formular retour an Klassenlehrperson bis spätestens:

Dienstag, 27. August 2024