

Formular Schulzahnpflege (Modellwahlblatt) Schuljahr 2026/2027

1. Personalien des Schülers / der Schülerin

Klassenbezeichnung:

Vorname und Name:

Geburtsdatum:

Wohnadresse:

Name 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)

☐ **A** Modell A: Wir wünschen die kostenlose Kontrolluntersuchung UND die Folgetermine in der Schulzahnarztpraxis. **7. Klassen: bitte Zahnkarte beilegen (wenn vorhanden)!**

☐ **B** Modell B: Wir wünschen die kostenlose Kontrolluntersuchung in der Schulzahnarztpraxis, die Folgetermine werden beim Privatzahnarzt durchgeführt. **7. Klassen: bitte Zahnkarte beilegen (wenn vorhanden)!**

☐ **C** Modell C: Die Kontrolluntersuchung werden wir bei unserem Privatzahnarzt durchführen lassen. Name und Adresse des privaten Zahnarztes:

.....
.....

Nur für **9. Klassen**: Wir sind mit der Röntgenuntersuchung einverstanden:

☐ ja

☐ nein

Datum: Unterschrift Eltern:

Formular retour an Klassenlehrperson bis Donnerstag, 20.08.2026