

Formular Schulzahnpflege (Modellwahlblatt)

Schuljahr 2019/2020

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 durch den Schulzahnarzt.
- B** Wir wünschen die kostenlose Kontrolluntersuchung durch den Schulzahnarzt. Eine Behandlung werden wir bei

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

- C** Die Kontrolluntersuchung und Behandlung werden wir bei

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

Wir sind mit der Fluorbehandlung im Rahmen der vorbeugenden Massnahmen durch die Schule einverstanden: ja nein

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

ja nein

Datum: Unterschrift:

Formular (7. Klasse: wenn vorhanden inkl. Zahnkarte) Retour an Lehrperson bis spätestens:

Dienstag, 3. September 2019