



Bestätigung für die jährliche Schulzahnärztliche Untersuchung

Gestützt auf Art. 60 des Volksschulgesetzes bietet die Gemeinde den Schulzahnärztlichen Dienst an. Die jährliche Kontrolluntersuchung beim Schulzahnarzt oder Ihrem Privatzahnarzt ist obligatorisch. Die Gemeinde kommt für die entsprechenden Kosten der Untersuchung auf.

Die Klassenlehrperson orientiert Sie in der Beilage über den nächsten Termin. Die Untersuchung erübrigt sich, falls sich Ihr Kind in Behandlung befindet oder innerhalb der letzten / nächsten drei Monate behandelt worden ist / behandelt wird.

Wir bitten Sie, unten das Feld entsprechend der Klasse Ihres Kindes auszufüllen, zu unterschreiben und das Blatt Ihrem Kind wieder mit in die Schule zu geben. Falls Ihr Kind vom Schulzahnarzt untersucht werden soll, legen Sie die blaue Zahnkarte bei.

Freundliche Grüsse

Schulzahnpflege und Schulleitung

<p>Kindergarten</p> <p>Nimmt an der Reihenuntersuchung teil <input type="checkbox"/></p> <p>Ist/War in zahnärztlicher Behandlung <input type="checkbox"/></p> <p>Name des Zahnarztes: _____</p> <p>Datum _____ Unterschrift _____</p>	<p>Name:</p> <p>Geburtsdatum:</p>
<p>1. Klasse</p> <p>Nimmt an der Reihenuntersuchung teil <input type="checkbox"/></p> <p>Ist/War in zahnärztlicher Behandlung <input type="checkbox"/></p> <p>Name des Zahnarztes: _____</p> <p>Datum _____ Unterschrift _____</p>	<p>2. Klasse</p> <p>Nimmt an der Reihenuntersuchung teil <input type="checkbox"/></p> <p>Ist/War in zahnärztlicher Behandlung <input type="checkbox"/></p> <p>Name des Zahnarztes: _____</p> <p>Datum _____ Unterschrift _____</p>
<p>3. Klasse</p> <p>Nimmt an der Reihenuntersuchung teil <input type="checkbox"/></p> <p>Ist/War in zahnärztlicher Behandlung <input type="checkbox"/></p> <p>Name des Zahnarztes: _____</p> <p>Datum _____ Unterschrift _____</p>	<p>4. Klasse</p> <p>Nimmt an der Reihenuntersuchung teil <input type="checkbox"/></p> <p>Ist/War in zahnärztlicher Behandlung <input type="checkbox"/></p> <p>Name des Zahnarztes: _____</p> <p>Datum _____ Unterschrift _____</p>
<p>5. Klasse</p> <p>Nimmt an der Reihenuntersuchung teil <input type="checkbox"/></p> <p>Ist/War in zahnärztlicher Behandlung <input type="checkbox"/></p> <p>Name des Zahnarztes: _____</p> <p>Datum _____ Unterschrift _____</p>	<p>6. Klasse</p> <p>Nimmt an der Reihenuntersuchung teil <input type="checkbox"/></p> <p>Ist/War in zahnärztlicher Behandlung <input type="checkbox"/></p> <p>Name des Zahnarztes: _____</p> <p>Datum _____ Unterschrift _____</p>
<p>7. Klasse</p> <p>Nimmt an der Reihenuntersuchung teil <input type="checkbox"/></p> <p>Ist/War in zahnärztlicher Behandlung <input type="checkbox"/></p> <p>Name des Zahnarztes: _____</p> <p>Datum _____ Unterschrift _____</p>	<p>8. Klasse</p> <p>Nimmt an der Reihenuntersuchung teil <input type="checkbox"/></p> <p>Ist/War in zahnärztlicher Behandlung <input type="checkbox"/></p> <p>Name des Zahnarztes: _____</p> <p>Datum _____ Unterschrift _____</p>
<p>9. Klasse</p> <p>Nimmt an der Reihenuntersuchung teil <input type="checkbox"/></p> <p>Ist/War in zahnärztlicher Behandlung <input type="checkbox"/></p> <p>Name des Zahnarztes: _____</p> <p>Datum _____ Unterschrift _____</p>	<p>_____ Klasse</p> <p>Nimmt an der Reihenuntersuchung teil <input type="checkbox"/></p> <p>Ist/War in zahnärztlicher Behandlung <input type="checkbox"/></p> <p>Name des Zahnarztes: _____</p> <p>Datum _____ Unterschrift _____</p>