**ZAHNBLATT FÜR DAS SCHULJAHR 2022/2023**

*Auszufüllen durch Schulsekretariat*

|  |  |
| --- | --- |
| Schüler/in | Erziehungsberechtigte/r |
| Geburtsdatum |
| Telefon |
| Schule / Klasse |
| Lehrperson |

**Anmeldung zur Kontrolle:** *Bitte ankreuzen!*

❑ Kontrolle und Behandlung Schulzahnarzt/Schulzahnärztin

❑ Kontrolle Schulzahnarzt/Schulzahnärztin und Behandlung Privatzahnarzt/Privatzahnärztin
❑ Kontrolle und Behandlung Privatzahnarzt/Privatzahnärztin
 (Bestätigung durch Privatzahnarzt/Privatzahnärztin)

**Schulzahnärzte/Schulzahnärztinnen:** *Bitte ankreuzen!*

❑ Zahnarztpraxis [Name, Adresse, Telefonnummer]

❑ [etc.]

Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte/r



**Die zahnärztliche Behandlung ist**

❑ notwendig

❑ nicht notwendig

 Grund:

**Kieferorthopädie**

❑ Behandlung notwendig

❑ Behandlung nicht notwendig

❑ Behandlung abklären/abwarten

❑ in Behandlung

**Professionelle Zahnreinigung**

❑ notwendig

❑ nicht notwendig

Datum Stempel Zahnarztpraxis

|  |  |
| --- | --- |
| **Bemerkungen:**  | **Kostenvoranschlag:**Fr.  |