

**Bestätigung Schulzahnuntersuch 2021/2022**

Schicken Sie uns die Bestätigung inkl. Unterschrift des Zahnarztes bis am **Dienstag, 12. April 2022** zurück.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Klassenlehrperson: \_\_\_\_\_

Die Rechnung des Zahnarztes müssen Sie selber bezahlen. Wir überweisen Ihnen den Pauschalbetrag auf folgendes Konto:

Bank: \_\_\_\_\_ Lautend auf: \_\_\_\_\_

IBAN-Nr.: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

↓ Durch den Zahnarzt auszufüllen

**Datum, Stempel und Unterschrift des Zahnarztes:**

**Beim Schulzahnuntersuch 2021/2022 von**

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

wurde folgendes festgestellt:

- Kariesfreies Gebiss
- Behandlung notwendig, bitte melden Sie Ihr Kind an für
  - Karies
  - Zahnstein
- Milchzahnkaries, Behandlung nicht mehr notwendig
- Kieferorthopädische Behandlung
  - voraussichtlich notwendig
  - dringend
  - bereits abgeklärt

Mundhygiene     gut     mittel     schlecht

