Schulzahnärztliche Kontrolluntersuchung

Schuljahr: ………………………..

Name der Schule:……………………………………………………………………………….

|  |
| --- |
| Eine Behandlung ist: nicht nötig  nötig (bitte bei behandelndem Zahnarzt Termin vereinbaren)  |
| **Vorgesehene Behandlung** | **Anzahl** | **Zahn** |
| Röntgen |  |  |
| Anästhesien |  |  |
| Extraktionen |  |  |
| Wurzelbehandlungen |  |  |
| Füllung an Milchzähnen |  |  |
| Füllung an bleibenden Zähnen |  |  |
| Versiegelungen |  |  |
| Zahnreinigung |  |  |
| Prophylaxe |  |  |
| Fluoridierung |  |  |
| Zahnstellung abklären(falls noch nicht erfolgt) |  |  |
|    **voraussichtliche Kosten** ……………………..**Kosten gemäss behandelndem Zahnarzt** ………………………… |
| **Bemerkungen**Zahnstellung beobachtenBehandlung dringend notwendigWeiteres: ……………………………………………………………………………………………………………… |

**✂**………..**✂**………**✂**…………**✂**………**✂**………**✂**………**✂**………**✂**………**✂**…………**✂**………**✂**………**✂**

Schulzahnuntersuchung eingesehen am: ………………………………………………………………………….

Name und Vorname des Kindes: ……………………………………………………………………………………

Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten: …………………………………………………………………..

Bitte Talon abtrennen und der Lehrperson abgeben