

## Formular Schulzahnpflege (Modellwahlblatt)

Schuljahr 2023/2024

### 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 einem privaten Zahnarzt durchführen lassen.

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

**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 (wenn vorhanden inkl. Zahnkarte) Retour an Klassenlehrperson bis spätestens:**

**Dienstag, 29. August 2023**

