

Formular Schulzahnpflege (Modellwahlblatt)

Schuljahr 2025/2026

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** Modell A: Wir wünschen die kostenlose Kontrolluntersuchung in der Schulzahnarztpraxis.

7. Klassen: bitte Zahnkarte beilegen (wenn vorhanden)!

☐ **B** Modell B: Die Kontrolluntersuchung werden wir bei unserem Privatzahnarzt

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

Nur für SuS in der 9. Klasse: Wir sind mit der Durchführung einer Röntgenuntersuchung einverstanden:

☐ ja

☐ nein

Datum: Unterschrift:

Formular retour an Klassenlehrperson bis: Donnerstag, 21.08.2025