

## Schulzahnpflege Schuljahr 2024/25 Bestätigung Privatzahnarzt

Vorname: .....

Name: .....

Klasse: .....

Gerne bestätigen wir, dass obengenannte Schülerin /  
obengenannter Schüler in unserer Zahnarztpraxis  
in zahnärztlicher Behandlung ist.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift Zahnarztpraxis

Wird die unterzeichnete Bestätigung bis am **15.12.2024**  
der Klassenlehrperson abgegeben, wird das Kind von der  
obligatorischen Schulzahnpflege befreit.