

Schulzahnpflege Schuljahr 2025/26 Bestätigung Privatzahnarzt

Vorname:

Name:

Klasse:

Gerne bestätigen wir, dass obengenannte Schülerin /
obengenannter Schüler in unserer Zahnarztpraxis
in zahnärztlicher Untersuchung war.

Datum

Stempel / Unterschrift Zahnarztpraxis

Wird die unterzeichnete Bestätigung bis am **15.12.2025**
der Klassenlehrperson abgegeben, ist das Kind von der
obligatorischen Schulzahnpflege befreit.