Schulzahnpflegeblatt für den obligatorischen Untersuch

Gemeinde: _____ **Schuljahr:** _____

1. Personalien

Name und Vorname des Kindes: _____ Jahrgang: _____

Name und Vorname der Eltern
bzw. der gesetzlichen Vertretung: _____

Adresse, Wohnort: _____ Tel.: _____

Klassenlehrerin/Klassenlehrer: _____ Klasse: _____

2. Erklärung der Eltern/gesetzlicher Vertretung

Unser Kind benutzt die Gelegenheit und das Angebot, die Zähne kostenlos untersuchen zu lassen. ☐

Der Untersuch wird gewünscht durch Frau/Herr Dr. med. dent. _____

Unser Kind ist bereits in der Behandlung oder ist erst in Behandlung gewesen. Es wird an der obligatorischen Untersuchung nicht teilnehmen. ☐

Unterschrift der Eltern: _____

3. Durchführung

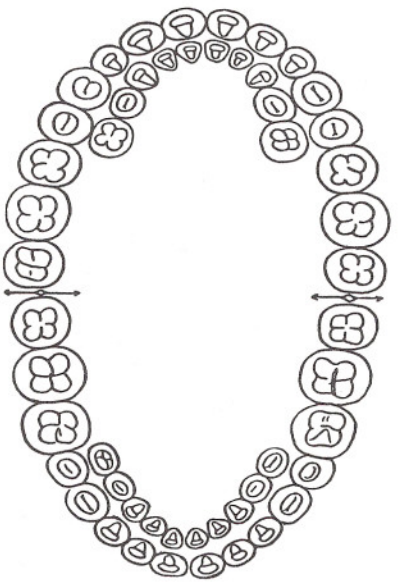
Schulzahnärztlicher Befund von Dr. med. dent. _____

vom _____

Behandlung ist nicht notwendig ☐
Behandlung ist notwendig ☐

Besprechung ist notwendig:
- Wegen der Zahnstellung ☐
- Wegen der Mundhygiene ☐
- Wegen Behandlungsplan ☐

Zahnreinigung
- ist gut ☐
- genügend ☐
- ungenügend ☐
- schlecht ☐



Behandlungsvorschlag

Kostenvoranschlag

☐ **Belags- und Zahnsteinentfernung**	
☐ **Fluoridierung**	
☐ **Röntgen, Lokalanästhesie**	
☐ **Versiegelungen**	
☐ **Füllungen**	
☐ **Wurzelbehandlungen**	
☐ **Extraktionen**	
Totalkosten	

4. Hinweise

- Bitte entnehmen Sie die Details für die obligatorische Untersuchung beim Schulzahnarzt oder bei der Schulzahnärztin aus dem beiliegenden Begleitbrief der Gemeinde oder beachten Sie die mündlichen Informationen der Lehrpersonen.
- Für die obligatorische Untersuchung ist dieses Doppel-Schulzahnpflegeblatt mitzunehmen. Eines bleibt beim Zahnarzt oder bei der Zahnärztin. Das zweite geht an die Eltern zurück.
- Wenn Sie als Eltern eine Behandlung wünschen, nehmen Sie bitte mit Ihrem Zahnarzt / Ihrer Zahnärztin Kontakt auf, um einen Termin zu vereinbaren.
- Das Formular (Eltern) ist bei einer allfälligen Behandlung bei einem anderen Zahnarzt / einer anderen Zahnärztin mitzubringen.