

**Bestätigung**  
zahnärztliche Kontrolluntersuchung

**2025**



**Für die Klassenlehrperson**

Schule: \_\_\_\_\_ Untersuchungstag: \_\_\_\_\_

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Schule: .....

Klasse: .....

Lehrperson .....

**Vereinbarter Termin (Datum und Zeit): .....**

→ Bitte der Klassenlehrperson melden!

**Behandelnder Zahnarzt/Zahnärztin: .....**

Bestätigung der erfolgten Untersuchung durch den Zahnarzt/die Zahnärztin:

Datum: \_\_\_\_\_ Stempel und Unterschrift: \_\_\_\_\_

→ Nach der Untersuchung Abgabe des Formulars an Klassenlehrperson