

**Bestätigung**  
Zahnärztliche Kontrolluntersuchung

**2026**



**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



**Zahnärztliche Kontrolluntersuchung 2026**

**Für die Zahnarztpraxis**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Schule: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_ Lehrperson: \_\_\_\_\_