ABGEBEN IN DER SCHULE

OSZ KLEINDIETWIL 4936

Dieser Teil wird vor der Untersuchung durch die Schüler:innen ausgefüllt. Die Praxis bestätigt die Untersuchung. Die Lernenden geben die Bestätigung bis **Ende März 2026** im **Sekretariat OSZK** ab.

Bestätigung
der jährlichen Kontrolluntersuchung in der 7. - 9. Klasse

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Klasse (Bsp. 3A, 2B, 1C) _____ Oberstufenzentrum Kleindietwil

Klassenlehrperson _____

Wir bestätigen, die obligatorische zahnärztliche Kurzbefundaufnahme durchgeführt zu haben.

Ort und Datum **Stempel und Unterschrift der Zahnarztpraxis**

_____ _____

BLEIBT ZU HAUSE

OSZ KLEINDIETWIL 4936

Dieser Teil ersetzt die Schulzahnpflegekarte, wird durch die Zahnarztpraxis ausgefüllt und bleibt im Besitz der Eltern / Erziehungsberechtigten. *

Rückmeldung an die Eltern / Erziehungsverantwortlichen
über den Befund der jährlichen Kontrolluntersuchung in der 7. - 9. Klasse

Name, Vorname _____

Eine Behandlung ist ☐ **nicht nötig** ☐ **nötig** (bitte beim behandelnden Zahnarzt einen Termin vereinbaren)		
Vorgesehene Behandlung	**Anzahl**	**Zahn**
Röntgen		
Anästhesien		
Extraktionen		
Wurzelbehandlungen		
Füllung an Milchzähnen		
Füllung an bleibenden Zähnen		
Versiegelungen		
Zahnreinigung		
Prophylaxe		
Fluoridierung		
Zahnstellung abklären (falls noch nicht erfolgt)		
Voraussichtliche Kosten		
Bemerkungen	☐ Zahnstellung beobachten ☐ Behandlung dringend notwendig ☐ Weiteres:	

*Dieser Abschnitt kann auch durch den Kostenvoranschlag der Praxis ersetzt werden.