

## Bestätigung Zahnkontrolle

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Klasse \_\_\_\_\_

Obgenannte(r) Schüler(in) ist in zahnärztlicher Behandlung.

Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift der Zahnarztpraxis

Diese Bestätigung ist der Klassenlehrperson abzugeben