



## Zahnblatt für das Schuljahr 2023/2024

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Klasse:

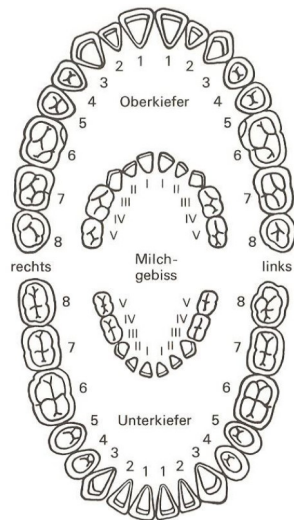
Name der Eltern:
Adresse:

### Anmeldung zur Kontrolle: *(bitte ankreuzen!)*

- Kontrolle und Behandlung beim Schulzahnarzt Dr. med. dent. Sven Winkler, Nottwil
- Kontrolle beim Schulzahnarzt, Behandlung beim Privatzahnarzt
- Kontrolle und Behandlung beim Privatzahnarzt

Ort/Datum:	Unterschrift der Erziehungsberechtigten:
------------	--

### Befund:



### Zahnärztliche Diagnose:

Die zahnärztliche Behandlung ist

- notwendig
- nicht notwendig

#### Kieferorthopädie

- Behandlung notwendig
- Behandlung nicht notwendig
- Behandlung abklären/abwarten
- in Behandlung

#### Professionelle Zahnreinigung

- notwendig
- nicht notwendig

### Bemerkungen:

---

---

---

---

---

Datum, Unterschrift und Stempel der Zahnarztpraxis

--