



Zahnblatt für das Schuljahr 2025/2026

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Klasse:

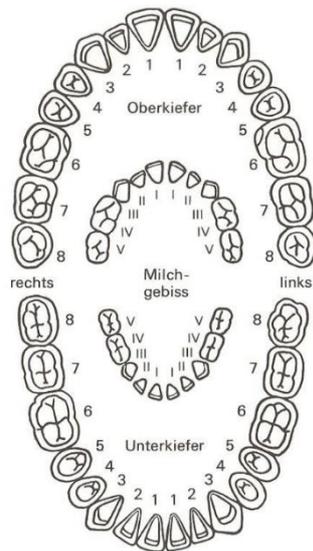
Name der Eltern:
Adresse:

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

--