

## **Bestätigung über die Durchführung der jährlichen Zahnuntersuchung mit folgenden Prüfungspunkten:**

- Zahnstatus (Karies, Hartsubstanzdefekte, Zahnunfall)
- Kieferorthopädische Fehlstellungen
- Zahnreinigung & Mundhygiene
- Röntgenempfehlungen
- Füllungstherapie notwendig
- Zahnentfernung notwendig

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

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

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

Klassenlehrperson: \_\_\_\_\_

### Bestätigung Zahnarzt

---

Die obligatorische jährliche Zahnkontrolle wurde bei der/m Schüler/in durchgeführt.

Ort, Datum:

Stempel und Unterschrift:

---

Die Kosten für diese Untersuchung sind privat zu übernehmen.

Diese Bestätigung ist der Schulverwaltung bis **spätestens eine Woche** vor dem Termin der Schulzahnärztlichen Untersuchung in der Schule abzugeben. Das Datum ist auf der Homepage [www.ps-ossingen.ch](http://www.ps-ossingen.ch) zu finden.