

Bestätigung Zahnuntersuchung beim Privatzahnarzt Schuljahr 2026/27

Vorname, Name Schüler/in

.....

Klasse

.....

Name Lehrperson

.....

Es wird bestätigt, dass die jährliche Zahnuntersuchung durchgeführt wurde.

Ort / Datum

.....

Stempel / Unterschrift Zahnarzt

.....