

Bestätigung Zahnuntersuchung beim Privatzahnarzt Schuljahr 2026/27

Vorname, Name Schüler/in

.....

Klasse

.....

Name Lehrperson

.....

- ☐ **Die jährliche Zahnuntersuchung wurde durchgeführt.**
- ☐ **Die Röntgenuntersuchung wurde durchgeführt.**

Ort / Datum

.....

Stempel / Unterschrift Zahnarzt

.....