

Schulzahnärztlicher Dienst

Verzicht auf die schulzahnärztliche Untersuchung

Liebe Eltern

Der schulzahnärztliche Dienst führt während der obligatorischen Kindergarten- und Schulzeit jährlich bei allen Schülerinnen und Schülern eine Detailuntersuchung durch (Volkschulverordnung Nr 312.11 § 130). Die Ergebnisse der Zahnuntersuchung werden in das Schulzahnpflegeheft eingetragen

Auf die jährliche schulzahnärztliche Untersuchung kann verzichtet werden, wenn der Schüler oder die Schülerin im laufenden Schuljahr in zahnärztlicher Behandlung ist. Die Eltern haben die individuelle zahnärztliche Untersuchung durch den Privat Zahnarzt nachzuweisen und den Verzicht schriftlich zu bestätigen (§ 132).

Wir machen Sie jedoch darauf aufmerksam, dass nur die durch den Schulzahnarzt durchgeführte Untersuchung kostenlos für Sie ist. Sollten Sie ihr Kind selber bei einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt anmelden, wird sie oder er Ihnen persönlich Rechnung stellen.

Die Schulleitung

Bestätigung der Eltern

Name und Vorname des Kindes _____ Klasse _____ Name der Lehrperson _____

Wir bestätigen hiermit, dass unser Kind im laufenden Schuljahr privat bei einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt in Behandlung ist. Wir sind daher damit einverstanden, dass in diesem Jahr auf die schulzahnärztliche Untersuchung verzichtet wird.

Datum _____ Unterschrift der Eltern _____

Diesen Verzicht im Schulzahnpflegeheft beim entsprechenden Schuljahr einkleben.

Schulzahnärztlicher Dienst

Verzicht auf die schulzahnärztliche Untersuchung

Liebe Eltern

Der schulzahnärztliche Dienst führt während der obligatorischen Kindergarten- und Schulzeit jährlich bei allen Schülerinnen und Schülern eine Detailuntersuchung durch (Volkschulverordnung Nr 312.11 § 130). Die Ergebnisse der Zahnuntersuchung werden in das Schulzahnpflegeheft eingetragen

Auf die jährliche schulzahnärztliche Untersuchung kann verzichtet werden, wenn der Schüler oder die Schülerin im laufenden Schuljahr in zahnärztlicher Behandlung ist. Die Eltern haben die individuelle zahnärztliche Untersuchung durch den Privat Zahnarzt nachzuweisen und den Verzicht schriftlich zu bestätigen (§ 132).

Wir machen Sie jedoch darauf aufmerksam, dass nur die durch den Schulzahnarzt durchgeführte Untersuchung kostenlos für Sie ist. Sollten Sie ihr Kind selber bei einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt anmelden, wird sie oder er Ihnen persönlich Rechnung stellen.

Die Schulleitung

Bestätigung der Eltern

Name und Vorname des Kindes _____ Klasse _____ Name der Lehrperson _____

Wir bestätigen hiermit, dass unser Kind im laufenden Schuljahr privat bei einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt in Behandlung ist. Wir sind daher damit einverstanden, dass in diesem Jahr auf die schulzahnärztliche Untersuchung verzichtet wird.

Datum _____ Unterschrift der Eltern _____

Diesen Verzicht im Schulzahnpflegeheft beim entsprechenden Schuljahr einkleben.