

Abgabetermin: 1. Juni 2021

KINDERGARTEN  
PRIMARSCHULE

4245 KLEINLUETZEL

**Kontrollblatt Schulzahnärztliche Untersuchung**

Name Zahnarzt/Zahnärztin \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Name, Vorname SchülerIn \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/Klasse \_\_\_\_\_

Strasse, Nummer \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Name, Vorname Vater/Mutter \_\_\_\_\_

**Untersuchungsdatum** \_\_\_\_\_

**Stempel/Unterschrift der Zahnarztpraxis** \_\_\_\_\_