



ORIENTIERUNGS

S C H U L E

D Ü D I N G E N

Schulzahnpflege

Bestätigung Zahnkontrolle

Name _____ Vorname _____

Klasse _____

Obgenannte(r) Schüler(in) ist in zahnärztlicher Behandlung.

Datum _____

 Stempel und Unterschrift des Zahnarztes

Diese Bestätigung ist der Klassenlehrperson abzugeben