

Bestätigung Zahnuntersuchung beim Privatzahnarzt Schuljahr 2024/25

Vorname, Name Schüler/in

.....

Klasse, Name Lehrperson

.....

Es wird bestätigt, dass die jährliche Zahnuntersuchung durchgeführt wurde.

Ort / Datum

.....

Stempel / Unterschrift Zahnarzt

.....