

Bestätigung Zahnuntersuchung beim Privatzahnarzt Schuljahr 2024/25

Vorname, Name Schüler/in

.....

Klasse, Name Lehrperson

.....

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

Ort / Datum

.....

Stempel / Unterschrift Zahnarzt

.....