Kanton Bern
Canton de Berne

Unterstützt durch:
SSO Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft
Société suisse des médecins-dentistes
Bern – Berne

Schulzahnärztliche Kontrolluntersuchung

Schuljahr: ……..
Name der Schule:……

Eine Behandlung ist:	☐ nicht nötig ☐ nötig (bitte bei behandelndem Zahnarzt Termin vereinbaren)

Vorgesehene Behandlung	**Anzahl**	**Zahn**
Röntgen		
Anästhesien		
Extraktionen		
Wurzelbehandlungen		
Füllung an Milchzähnen		
Füllung an bleibenden Zähnen		
Versiegelungen		
Zahnreinigung		
Prophylaxe		
Fluoridierung		
Zahnstellung abklären (falls noch nicht erfolgt)		

☐ **voraussichtliche Kosten** ……..

☐ **Kosten gemäss behandelndem Zahnarzt** ……

Bemerkungen

☐ Zahnstellung beobachten

☐ Behandlung dringend notwendig

☐ Weiteres: ……

✂……✂……✂……✂……✂……✂……✂……✂……✂……✂……✂……✂

Schulzahnuntersuchung eingesehen am: ……

Name und Vorname des Kindes: ……

Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten: ……..

Bitte Talon abtrennen und der Lehrperson abgeben