

⇒ **Abgabetermin: 22. Mai 2026** ⇐  
**an die Klassenlehrperson**



**Bestätigung**

Durchführung der zahnärztlichen Kontrolluntersuchung, Schuljahr 2025/26

Schüler/Schülerin: .....

Klasse: ..... Geburtsdatum: .....

Adresse: .....

Bemerkungen: .....

Der/die untenstehende/r Zahnarzt/Zahnärztin bestätigt, dass für oben genannte Schülerin/obengenannter Schüler die **obligatorische zahnärztliche Kontrolluntersuchung für das Schuljahr 2025/26** vorgenommen worden ist.

Untersuchungsdatum: ..... Stempel des Zahnarztes/der Zahnärztin und Visum: .....

**Bestätigung der Erziehungsberechtigten**

Name der Eltern/Erziehungsberechtigten: .....

Datum: ..... Unterschrift: .....

Kontoangaben mit Namen, IBAN-Nummer (oder QR- Einzahlungsschein beilegen) für die Rückerstattung (CHF 30.00) an die Untersuchung beim Privat-Zahnarzt/Zahnärztin.

Vorname/Name Kontoinhaber/in: .....

Kontoangaben: .....