

# Schulzahnärztliche Kontrolluntersuchung

Name / Vorname des Kindes: .....

Schuljahr: .....

Schulhaus / Klasse: .....

Eine Behandlung ist: <input type="checkbox"/> nicht nötig <input type="checkbox"/> 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)		
<input type="checkbox"/> <b>voraussichtliche Kosten</b> .....		
<input type="checkbox"/> <b>Kosten gemäss behandelndem Zahnarzt</b> .....		
<b>Bemerkungen:</b>		
<input type="checkbox"/> Zahnstellung beobachten		
<input type="checkbox"/> Behandlung dringend notwendig		
<input type="checkbox"/> Weiteres: ..... ..... .....		

