



Zahnärztliche Untersuchung 2025/2026 Kontrollblatt Schule Degersheim

Schüler/in (1. Kindergarten bis 3. Oberstufe)

Name, Vorname, Klasse

Zahnarztpraxis

Wir bestätigen, dass die zahnärztliche Untersuchung bei obgenannten Schülerinnen und Schülern stattgefunden hat.

Zahnarztpraxis (Stempel)

.....

Ort, Datum

Unterschrift