

Schulzahnpflege der Schule Finsterhennen-Siselen

Vom Zahnarzt auszufüllen:

KIND

Name: _____ Vorname: _____

Die Behandlung ist: nicht nötig nötig

Befund:

- Zahnreinigung
- Versiegelung
- Füllungen
 - An Milchzähnen _____
 - An bleib. Zähnen _____
- Kieferorthopädische Abklärung
- Extraktion
- Röntgen

Bemerkungen:

Datum:

Arzt:

Von den Eltern auszufüllen:

Zahlungsverbindung für Rückerstattung durch Gemeinde

Bank/Post: _____

Konto/IBAN: _____

Konto lautend auf:

➤ **Dieses Schreiben nach der Konsultation retour an die Schule Finsterhennen-Siselen für die Rückerstattung.**