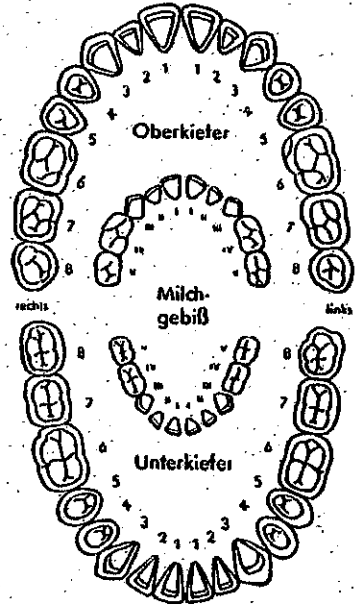


Schuljahr \_\_\_\_\_

Lehrer: \_\_\_\_\_

# Schulzahnärztlicher Befund

vom \_\_\_\_\_



Die Zahnreinigung ist: – gut  
 – mangelhaft  
 – schlecht

Kieferorthopädische Abklärung/Behandlung:  
 – notwendig  
 – wünschenswert  
 – nicht notwendig

Konservierende Behandlung:  
 – notwendig  
 – wünschenswert  
 – nicht notwendig

Besprechung mit den Eltern notwendig.

Besondere Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Der Schulzahnarzt:  
 (Stempel und Unterschrift) \_\_\_\_\_

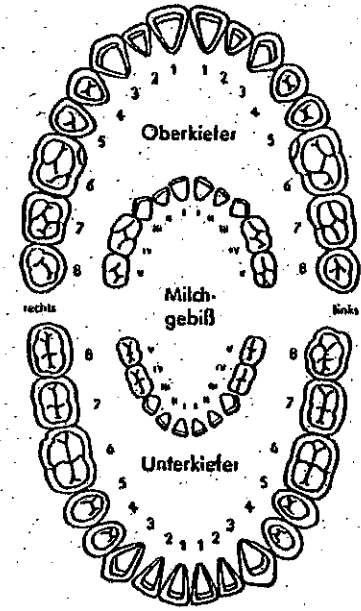
\_\_\_\_\_

Schuljahr \_\_\_\_\_

Lehrer: \_\_\_\_\_

# Schulzahnärztlicher Befund

vom \_\_\_\_\_



Die Zahnreinigung ist: – gut  
 – mangelhaft  
 – schlecht

Kieferorthopädische Abklärung/Behandlung:  
 – notwendig  
 – wünschenswert  
 – nicht notwendig

Konservierende Behandlung:  
 – notwendig  
 – wünschenswert  
 – nicht notwendig

Besprechung mit den Eltern notwendig.

Besondere Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Der Schulzahnarzt:  
 (Stempel und Unterschrift) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_