



Zahnärztliche Bestätigung Schuljahr 2026/27
über die durchgeführte zahnärztliche Untersuchung



Untersuchung in der Klasse: _____

Hiermit bestätige ich, dass ich die obligatorische schulzahnärztliche Untersuchung bei:

Name / Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Name / Vorname der Eltern: _____

Adresse: _____

am _____ durchgeführt habe.

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift
der Privatzahnärztin / des Privatzahnarztes:

Vorgehen für die Eltern:

- Terminvereinbarung mit Ihrer Zahnarztpraxis vor dem 18.12.2026
- Rücksendung dieses Bestätigungsformulars (mit Unterschrift Privatzahnarzt/Privatzahnärztin) bis spätestens am **18. Dezember 2026** an: Gemeindeschule Buchrain, Adlermatte 10, 6033 Buchrain oder an: schuladministration@schulebuchrain.ch.