

FORMULAR 9

Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (AGZ)
Individuelle Anschrift der jeweiligen AGZ



Telefon und Telefax

Rückmeldung Klassen 2 bis 4

Bitte geben Sie dieses Formular bei Ihrer Hauszahnärztin/Ihrem Hauszahnarzt ab!

Für die Zahnarztpraxis:

bitte ausfüllen und diese
Formulare **monatlich** an obige
Anschrift einreichen

Das unten genannte Kind hat sich bei uns zur Untersuchung und ggf. Behandlung vorgestellt.

.....
Datum

.....
Stempel der Zahnarztpraxis

Für die Eltern:
bitte ausfüllen

.....
Name der Schule und Schulort

.....
Name, Vorname des Schülers

.....
Klasse

.....
Schuljahr

**keine 10 €
Praxisgebühr**