

Schulzahnmedizinischer Dienst
Schulzahnpflege
Rodtmattstr. 47
3014 Bern

Telefon 031 321 59 54
Fax 031 321 59 90
helene.ruch@bern.ch



Stadt Bern
Direktion für Bildung
Soziales und Sport

ADRESSE

Bern, im August 2007

Bestätigung der Schulzahnuntersuchung im Schuljahr 2007/08

Liebe Eltern

Einmal pro Schuljahr ist die obligatorische Schulzahnuntersuchung durchzuführen. Als Eltern oder Erziehungsberechtigte haben Sie für die zahnärztliche Untersuchung und für eine allfällige Behandlung eine Zahnarztwahl getroffen.

Wir bitten Sie, die obligatorische zahnärztliche Untersuchung durch Ihre Zahnärztin oder Ihren Zahnarzt auf dem unten stehenden Talon bestätigen zu lassen und diesen der Schulzahnpflege im frankierten Geschäftsantwortumschlag zurückzusenden. Die Schulzahnpflege bittet um rasche Rücksendung, spätestens bis Ende April 2008.

.....
Schuljahr 2007/08

Barcode

Name und Vorname des Kindes, Geburtsdatum

Kiga/Schule/Heim/Klassenbezeichnung

Erziehungsberechtigte mit Adresse/Telefon/Mobile

:

Die jährliche Schulzahnuntersuchung wurde durchgeführt:

Untersuchungsdatum:

Praxis-/Klinikstempel und Visum:

