

Wila, im August 2024

## Bestätigung Zahnuntersuchung beim Privatzahnarzt

Bitte senden Sie diese Bestätigung nach erfolgter Kontrolle an die Schulverwaltung der Primarschule Wila.

Familienname: .....

1. Kind Vorname: ..... Geb.-Datum ..... Klasse .....

2. Kind Vorname: ..... Geb.-Datum ..... Klasse .....

3. Kind Vorname: ..... Geb.-Datum ..... Klasse .....

4. Kind Vorname: ..... Geb.-Datum ..... Klasse .....

5. Kind Vorname: ..... Geb.-Datum ..... Klasse .....

Wurde(n) untersucht am: .....

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r): .....

Stempel und Unterschrift der Zahnarztpraxis: .....

Die Kosten werden von der Krankenkasse übernommen und wir verzichten deshalb auf eine Kostenrückerstattung.

Wir wünschen eine Kostenrückerstattung und legen einen eigenen Einzahlungsschein bei oder tragen unsere Angaben ein.

Postkonto-Nr. oder IBAN: .....

Kontoinhaber: Name/Vorname .....

Adresse .....

---

**Spätester Einsendetermin: 31. März 2025**