

## SCHULZAHNPFLEGE BALGACH / ZAHNARZTWAHL

Während der obligatorischen Schulzeit ist gemäss Schulzahnpflegeverordnung ein jährlicher Zahnuntersuch durchzuführen (Art. 19). Ich wähle für mein Kind:

**Vorname:** \_\_\_\_\_ **Name:** \_\_\_\_\_

Den Untersuch durch folgenden **Schulzahnarzt:**

- Dr. Daniel Roth, Balgach  
 Dr. Johannes Kampfer, Widnau  
 Dr. Jörg Schwela, Rebstein

*Ein Wechsel des Schulzahnarztes kann auf Beginn eines neuen Schuljahres erfolgen und muss der Schulverwaltung rechtzeitig und auf schriftlichem Weg mitgeteilt werden.*

Den Untersuch durch folgenden **Privatzahnarzt:**

Zahnarzt / Praxis: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Mit der Wahl des Privatzahnarztes verpflichte ich mich, die schriftliche Bestätigung über den erfolgten Untersuch meines Kindes jeweils bis Ende Schuljahr abzugeben.

*Ein Zahnarztwechsel (Privatzahnarzt => Schulzahnarzt) kann auf Beginn eines neuen Schuljahres erfolgen und muss der Schulverwaltung rechtzeitig und auf schriftlichem Weg mitgeteilt werden.*

Ort / Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Vater / Mutter: \_\_\_\_\_

*Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular auf dem Postweg an die Schulverwaltung, Turnhallestrasse 1, 9436 Balgach oder lassen Sie es uns auf elektronischem Weg zukommen. Besten Dank.*