



## Zahnärztlicher Untersuchung

Name / Vorname Kind \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Der **jährliche, obligatorische Zahnarztuntersuch** soll durch folgenden Schulzahnarzt durchgeführt werden:

- Dr. Martin Deppeler**, Albisstrasse 15, 8134 Adliswil / Tel: 044 711 13 56
- Dr. Moritz Hölscher**, Kronenstrasse 9, 8134 Adliswil / Tel: 044 709 07 00
- Dr. Michael Sieder**, Albisstrasse 8, 8134 Adliswil / Tel: 044 710 24 29
- Dr. Patrick Westhauser**, Soodstrasse 6, 8134 Adliswil / Tel: 044 710 55 55
- Dr. André Wirth**, Zürichstrasse 6, 8134 Adliswil / Tel: 044 710 60 80
- Dr. Anne-Cécile Zimet**, Zürichstrasse 58, 8134 Adliswil / Tel: 044 558 58 13

**Privatzahnarzt:**

- Für die Einhaltung des jährlichen Untersuchs sind die Erziehungsberechtigten verantwortlich. Die Kosten werden **nicht** von der Schule Adliswil übernommen.

- Die Zahnkontrolle soll nach Möglichkeit ausserhalb der Schulzeit stattfinden.
- Im Verhinderungsfall ist der Zahnarzt 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin zu benachrichtigen, **andernfalls gehen die Kosten zulasten des gesetzlichen Vertreters.**
- Ein Wechsel des Schulzahnarztes während des laufenden Schuljahres ist nicht möglich. Änderungswünsche werden auf das folgende Schuljahr hin berücksichtigt.

Ich habe von den oben erwähnten Punkten Kenntnis genommen.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_