



Postanschrift des Absenders

L

Postanschrift des Empfängers

L



XX.XX.XXXX

Schulzahnärztliche Untersuchung

Sehr geehrte Eltern,

am xx.xx.xxxx wird in unserer Schule die jährliche schulzahnärztliche Untersuchung durchgeführt.

Im Rahmen dieser Untersuchung soll festgestellt werden, ob zahnmedizinische oder kieferorthopädische Behandlungen bei den Schülerinnen und Schülern erforderlich sind.

Bitte sorgen Sie am xx.xx.xxxx für eine entsprechende Mundhygiene ihres Kindes. Werden Zahnschäden oder Mundkrankheiten festgestellt und sind ggf. Folgebehandlungen notwendig, erhalten Sie ein Schreiben des schulzahnärztlichen Dienstes, das dem Kind mit nach Hause gegeben wird.

Ich bedanke mich schon jetzt für Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

