



## **Rückmeldung über die durchgeführte zahnärztliche Kontrolluntersuchung**

Vorname/Name:.....

Klasse:.....

Die zahnärztliche Kontrolluntersuchung hat  
am .....stattgefunden.

### **Datum, Stempel und Unterschrift (Zahnarztpraxis)**

---

#### **Für die Rückerstattung von pauschal CHF 60.00 nötige Angaben:**

IBAN:.....

Kontoinhaber:.....

Name und Anschrift des  
Finanzinstitutes:.....

.....

Wir verzichten auf die Rückerstattung

Bitte reichen Sie dieses Formular an die Schulverwaltung ein, auch wenn Sie auf die Erstattung der Pauschale verzichten.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!