Volksschulgemeinde
Berg-Birwinken

14. November 2023

# Personalbogen Schulzahnklinik

**Bitte ausfüllen und der entsprechenden Lehrperson Ihres Kindes bis 24. November 2023 abgeben.**

Name, Vorname des Kindes: Geb.:

Schule: Volksschulgemeinde Berg-Birwinken

Klasse / Klassenlehrperson: _____

Name/Vorname Erziehungsberechtigte: _____

Adresse Kind: _____

Telefon Festnetz: _____

Falls kein Festnetzanschluss Bitte Handy-Nr. angeben: _____

☐ Ich/wir bestätigen, dass unser Kind am schulzahnärztlichen Untersuch bei der Schulzahnklinik Regio Weinfelden **teilnimmt** und haben die grüne Stempelkarte beigelegt. Wir sind einverstanden, dass folgende Massnahmen gemäss den aktuellen kantonalen Richtlinien des Kantons Thurgau beim Schuluntersuch (gratis) durchgeführt werden:

☐ ja ☐ nein Fluoridierung in der 1. Klasse
☐ ja ☐ nein Röntgenbilder im grossen Kindergarten oder in der 1. Klasse, je nach Entwicklungsstand der Zähne

Nach diesem Untersuch in der Schulzahnklinik Regio Weinfelden werde/n ich/wir eine allfällige weitere zahnärztliche Behandlung des Kindes durchführen bei:

☐ der Schulzahnklinik Regio Weinfelden (Aufgebot folgt von der Schulzahnklinik)
☐ meinem/unserem Privatzahnarzt (durch Sie zu organisieren)

☐ Ich/wir bestätigen, dass unser Kind **nicht** am schulzahnärztlichen Untersuch bei der Schulzahnklinik Regio Weinfelden **teilnimmt**, da wir im **aktuellen Schuljahr**

- den Untersuch bei einem privaten Zahnarzt gemacht haben
- den Untersuch bei einem privaten Zahnarzt machen werden

*(Nachweis in der grünen Faltkarte «Kontrollkarte schulärztlicher und schulzahnärztlicher Untersuch» ist erfolgt oder wird noch erfolgen)*

Die grüne Stempelkarte muss in diesem Fall dem Kind NICHT mitgegeben werden.

_____ _____
Datum Unterschrift der Eltern