



Anmeldung Schulzahnpflege

A. Personalien Kind

Name, Vorname _____

Geburtsdatum / Geschlecht _____ Mädchen Knabe

Adresse _____

Wohnort _____

B. Eltern / Erziehungsberechtigte

	Vater	Mutter
Name, Vorname	_____	_____
Adresse	_____	_____
Wohnort	_____	_____
Telefon / Handy	_____	_____

C. Anmeldung

Wir möchten unser Kind für die Schulzahnpflege anmelden, wenn möglich bei folgendem Schulzahnarzt:

- Dr. med. dent. Diana Hoenner, Vitale Zahnmedizin, St. Gallerstrasse 14, 9400 Rorschach
- Med. dent. Maximilian Kowalski, Swiss Stomatology, Marktplatz 2, 9400 Rorschach
- Dr. med. dent. Ferdinand Jung, Zahnglück AG, Kirchstrasse 38, 9400 Rorschach
- Dr. med. dent. Christian Ruckstuhl, St. Gallerstrasse 5, 9400 Rorschach
- Dr. med. dent. Sule von Gogswaardt, Marienbergstrasse 4, 9400 Rorschach (ab 01.11.25)

oder

Wir lassen unser Kind durch unseren Privatzahnarzt untersuchen:

Name, Vorname _____

Adresse _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

Datum _____

Unterschrift der Eltern _____