



## 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 Schulzahnarzt:

- Dr. med. dent. René Bischofberger, Marienbergstrasse 2, 9400 Rorschach
- Dr. med. dent. Oliver Graefen, Kirchstrasse 38, 9400 Rorschach
- Med. dent. Maximilian Kowalski, Swiss Stomatology, Marktplatz 2, 9400 Rorschach
- Dr. med. dent. Wolfgang Prinz, Hauptstrasse 82, 9400 Rorschach
- Dr. med. dent. Christian Ruckstuhl, St. Gallerstrasse 5, 9400 Rorschach

### oder

- Wir lassen unser Kind durch unseren Privatzahnarzt untersuchen:

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift der Eltern \_\_\_\_\_