



## Laufkarte Schularzt und Schulzahnarzt

|                            |              |                      |                     |
|----------------------------|--------------|----------------------|---------------------|
| <b>Schülerin / Schüler</b> | Name:        | Vorname:             | <b>Geb-Datum:</b>   |
| <b>Eltern</b>              | Name:        | Vorname:             |                     |
| <b>Schule</b>              | Valens-Vasön | <b>Schulzahnarzt</b> | Dr. med. dent. Biel |

### Schularzt

|                 |  |                           |
|-----------------|--|---------------------------|
| 2. Kindergarten | durchgeführt am: .....<br>Bemerkungen: ..... | Stempel und Unterschrift: |
| 5. Klasse       | durchgeführt am: .....<br>Bemerkungen: ..... | Stempel und Unterschrift: |
| 8. Klasse       | durchgeführt am: .....<br>Bemerkungen: ..... | Stempel und Unterschrift: |

### Schulzahnarzt

|                 |  |   |
|-----------------|--|---|
| 1. Kindergarten | Durchgeführt am: .....<br>Bemerkungen: ..... | <input type="checkbox"/> Schulzahnarzt<br><input type="checkbox"/> *Privatzahnarzt: ..... |
| 2. Kindergarten | Durchgeführt am: .....<br>Bemerkungen: ..... | <input type="checkbox"/> Schulzahnarzt<br><input type="checkbox"/> *Privatzahnarzt: ..... |
| 1. Klasse       | Durchgeführt am: .....<br>Bemerkungen: ..... | <input type="checkbox"/> Schulzahnarzt<br><input type="checkbox"/> *Privatzahnarzt: ..... |
| 2. Klasse       | Durchgeführt am: .....<br>Bemerkungen: ..... | <input type="checkbox"/> Schulzahnarzt<br><input type="checkbox"/> *Privatzahnarzt: ..... |
| 3. Klasse       | Durchgeführt am: .....<br>Bemerkungen: ..... | <input type="checkbox"/> Schulzahnarzt<br><input type="checkbox"/> *Privatzahnarzt: ..... |
| 4. Klasse       | Durchgeführt am: .....<br>Bemerkungen: ..... | <input type="checkbox"/> Schulzahnarzt<br><input type="checkbox"/> *Privatzahnarzt: ..... |
| 5. Klasse       | Durchgeführt am: .....<br>Bemerkungen: ..... | <input type="checkbox"/> Schulzahnarzt<br><input type="checkbox"/> *Privatzahnarzt: ..... |
| 6. Klasse       | Durchgeführt am: .....<br>Bemerkungen: ..... | <input type="checkbox"/> Schulzahnarzt<br><input type="checkbox"/> *Privatzahnarzt: ..... |
| 7. Klasse       | Durchgeführt am: .....<br>Bemerkungen: ..... | <input type="checkbox"/> Schulzahnarzt<br><input type="checkbox"/> *Privatzahnarzt: ..... |
| 8. Klasse       | Durchgeführt am: .....<br>Bemerkungen: ..... | <input type="checkbox"/> Schulzahnarzt<br><input type="checkbox"/> *Privatzahnarzt: ..... |
| 9. Klasse       | Durchgeführt am: .....<br>Bemerkungen: ..... | <input type="checkbox"/> Schulzahnarzt<br><input type="checkbox"/> *Privatzahnarzt: ..... |

\* Bei Untersuchung durch Privatarzt bitte mit Unterschrift des Privatarztes visieren.