



Stadt Dortmund
Der Oberbürgermeister

Stadt Dortmund

44122 Dortmund

An die Sorgeberechtigten des Kindes:

Gesundheitsamt
Zahnärztlicher Dienst
53/5
Hoher Wall 9-11
Zimmer 1.55

Sprechzeiten:
Montag bis Donnerstag von
13:00 Uhr bis 15:00 Uhr

Freitag von
10:00 Uhr bis 12:00 Uhr

Telefon: 0231 50-23660

Datum: _____

Zahnärztliche Untersuchung

Sehr geehrte Eltern, sehr geehrte Sorgeberechtigten.

- Bitte gehen Sie mit Ihrem Kind zu Ihrer Zahnärztin/Ihrem Zahnarzt. Eine kieferorthopädische Beratung/Behandlung wird auch von Fachzahnärztinnen/ Fachzahnärzten für Kieferorthopädie durchgeführt.
- Eine zahnärztliche Beratung/ Behandlung ist notwendig.
- Eine kieferorthopädische Beratung/ Behandlung ist notwendig.
- Eine Individualprophylaxe wird empfohlen.
- ist notwendig/wird empfohlen.

Hinweis:

- Erfreulicherweise konnte keine Behandlungsnotwendigkeit festgestellt werden. Termine bei Ihrer Zahnärztin/ Ihrem Zahnarzt sollten trotzdem eingehalten werden.
- Ihr Kind hat an der Untersuchung nicht teilgenommen.

Bitte denken sie daran, dass bei Ihrem Kind mindestens 2 mal im Jahr eine zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung durchgeführt werden soll.

Ihre Zahnärztinnen und Zahnärzte des Gesundheitsamtes

✂-----✂

Zahnärztliche Untersuchung Ihres Kindes:

- Bitte diesen Abschnitt der Schule/ dem Kindergarten/ der Kindertagesstätte geben -

Ich habe von der Mitteilung des Zahnärztlichen Dienstes Kenntnis genommen.

Name des Kindes:

Datum: _____

Unterschrift _____



Zum Öffnen Hefklammer entfernen oder hier aufschneiden.

kurdisch
bulgarisch
englisch
italienisch
romans
russisch



türkisch
rumänisch
französisch
spanisch
polnisch
arabisch

An die Eltern/Sorgeberechtigten von:

