

# Schulzahnpflege Schuljahr 2025 / 2026

**Vor-/Nachname der Schülerin / des Schülers:**

---

**Bitte kreuzen Sie Ihre Zahnärztin oder Ihren Zahnarzt an:**

- |                          |   |                 |
|--------------------------|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | Dr. med. dent. Marc Hammer  | Zweisimmen      |
| <input type="checkbox"/> | Dr. med. dent. Matthias Streit / Dr. med. dent. Carola Eggspühler | Thun/Zweisimmen |
| <input type="checkbox"/> | Dr. med. dent. Ursula Rohrer                                      | Zweisimmen      |
| <input type="checkbox"/> | Dr. med. dent. Michael Krebs                                      | Oey             |
| <input type="checkbox"/> | Dr. med. dent. Andreas Bittner                                    | Spiez           |
| <input type="checkbox"/> | Dr. med. dent. Adrian Kammermann                                  | Spiez           |
| <input type="checkbox"/> | Dr. med. dent. Sandra Lemp  | Spiez           |
| <input type="checkbox"/> | mundgesund AG   | Spiez           |
| <input type="checkbox"/> | DaMaDent Edelweiss GmbH   | Spiez           |
| <input type="checkbox"/> | Dr. med. dent Renato Kunz   | Schönried       |
| <input type="checkbox"/> | Andere(r): _____  |                 |

**Wird durch den Zahnarzt / die Zahnärztin ausgefüllt:**

- Wir bestätigen, die Schulzahnpflegeuntersuchung beim oben genannten Kind vorgenommen zu haben.

Bemerkungen:

---

---

**Stempel und Unterschrift:**

---

Die Kostenabrechnung erfolgt durch den Zahnarzt mittels einer Sammelrechnung an die Gemeinde Erlenbach i. S., Graben 311, 3762 Erlenbach i. S.

 **Das Formular durch die Eltern bitte bis spätestens am Freitag, 27.02.2026 dem Schulsekretariat per Mail (Escola) zukommen lassen, besten Dank.** 