

Schulzahnpflege Schuljahr 2025 / 2026

Vor-/Nachname der Schülerin / des Schülers:

Bitte kreuzen Sie Ihre Zahnärztin oder Ihren Zahnarzt an:

- | | | |
|--------------------------|---|-----------------|
| ☐ | Dr. med. dent. Marc Hammer | Zweisimmen |
| ☐ | Dr. med. dent. Matthias Streit / Dr. med. dent. Carola Eggspühler | Thun/Zweisimmen |
| ☐ | Dr. med. dent. Ursula Rohrer | Zweisimmen |
| ☐ | Dr. med. dent. Michael Krebs | Oey |
| ☐ | Dr. med. dent. Andreas Bittner | Spiez |
| ☐ | Dr. med. dent. Adrian Kammermann | Spiez |
| ☐ | DaMaDent Niesen | Spiez |
| ☐ | 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 Oberwil, Hüpbach 267T, 3765 Oberwil i. S.

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