

Schulzahnpflege Schuljahr 2025 / 2026

Vor-/Nachname der Schülerin / des Schülers:

Bitte kreuzen Sie Ihre Zahnärztin oder Ihren Zahnarzt an:

- | | | |
|--------------------------|---|-----------------|
| ☐ | Dr. med. dent. Matthias Streit / Dr. med. dent. Carola Eggspühler | Thun/Zweisimmen |
| ☐ | Dr. med. dent. Ursula Rohrer | Zweisimmen |
| ☐ | Dr. med. dent. Marc Hammer | Zweisimmen |
| ☐ | Dr. med. dent. Michael Krebs | Oey |
| ☐ | Dr. med. dent. Andreas Bittner | Spiez |
| ☐ | Dr. med. dent. Adrian Kammermann | Spiez |
| ☐ | mundgesund AG | Spiez |
| ☐ | Dr. med. dent. Sandra Lemp | Spiez |
| ☐ | Oetterli & Kiener | Thun |
| ☐ | DaMaDent Niesen | Spiez |
| ☐ | Dres. Schuler & Burri | Thun |
| ☐ | Institut Lauitor | Thun |
| ☐ | 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 Därstetten, Hüseli, 3763 Därstetten



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

