



Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (AGZ)  
Vorderpfalz  
Postfach 21 73 20  
67073 Ludwigshafen

Telefon: 0621 / 52 07874  
Telefax: 0621 / 59 69-181

## Rückmeldung Klassen 2 bis 4

Bitte geben Sie dieses Formular bei Ihrer Hauszahnärztin/Ihrem Hauszahnarzt ab!

### Für die Zahnarztpraxis:

bitte ausfüllen und diese  
Formulare **monatlich** an obige  
Anschrift einreichen

Das unten genannte Kind hat sich bei uns zur Untersuchung und ggf. Behandlung vorgestellt.

.....  
Datum

.....  
Stempel der Zahnarztpraxis

### Für die Eltern:

bitte ausfüllen

\_\_\_\_\_  
Name der Schule und Schulort

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Schülers

\_\_\_\_\_  
Klasse

\_\_\_\_\_  
Schuljahr