



## Anmeldung Schulzahnpflege

### A. Personalien Kind

Name, Vorname

---

Geburtsdatum / Geschlecht

Mädchen  Knabe

---

Adresse

---

Wohnort

---

### B. Eltern / Erziehungsberechtigte

Vater

Mutter

Name, Vorname

---

---

Adresse

---

---

Wohnort

---

---

Telefon / Handy

---

---

### C. Anmeldung

Wir möchten unser Kind für die Schulzahnpflege anmelden, wenn möglich bei Schulzahnarzt:

- Dr. med. dent. René Bischofberger, Marienbergstrasse 2, 9400 Rorschach  
 Med. dent. Maximilian Kowalski, Swiss Stomatology, Marktplatz 2, 9400 Rorschach  
 Dr. med. dent. Wolfgang Prinz, Hauptstrasse 82, 9400 Rorschach  
 Dr. med. dent. Christian Ruckstuhl, St. Gallerstrasse 5, 9400 Rorschach

### oder

Wir lassen unser Kind durch unseren Privatzahnarzt untersuchen:

Name, Vorname

---

Adresse

---

PLZ, Ort

---

Telefon

---

Datum

---

Unterschrift der Eltern

---