



Anmeldeformular für Neueintritt in die Kinder- und Jugendzahnpflege

Name/Vorname Kind _____

Geburtsdatum _____

Name(n) Eltern _____

Vorname(n) Eltern _____

Adresse _____

Telefon / Mobile _____

E-Mail _____

Wir möchten der Kinder- und Jugendzahnpflege beitreten.

Name und Adresse des gewünschten **Zahnarztes für konservierende Behandlungen**

Name und Adresse Zahnarzt: _____

Zusätzlich in Behandlung bei einem **kieferorthopädischen Zahnarzt** (Zahnspange)

Name und Adresse Zahnarzt: _____

Die Gemeinde wird eine Kopie dieses Formulars an den von Ihnen gewählten Zahnarzt weiterleiten.

Wir wünschen KEINEN Beitritt zur Kinder- und Jugendzahnpflege.

Für Neuzuzüger

Zuzugsort inkl. Adresse _____

Datum des Zuzuges _____

Wir möchten die Mitgliedschaft aus der vorherigen Wohngemeinde aufrecht erhalten.

Datum / Unterschrift _____

Mit der Unterschrift nehmen Sie die die Bedingungen (Rechte und Pflichten) gemäss Merkblatt zur Kenntnis.

Pflicht: Eine jährliche Jahreskontrolle bei Ihrem Zahnarzt ist Pflicht.

Alle Informationen (Merkblätter, Formulare, etc.) sind mittels diesem QR-Code abzufragen:

