

Absender Eltern:

An die Kinder- und Jugendzahnpflege
der Gemeinde

--

Antrag für ausserkantonale Behandlung im Rahmen der Kinder- und Jugendzahnpflege

Gemäss § 7 Abs. 2 und 3 des Kinder- und Jugendzahnpflegegesetzes vom 19. September 1996, beantrage ich die Bewilligung zur Behandlung bei:

Zahnarzt

Name:
Adresse:

Patient/In

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Vorname der Eltern:
Strasse:	Wohnort:

Grund:

--

Ort und Datum:

--

Unterschrift Eltern:

Bitte das ausgefüllte Formular mit dem Visum der/des Verantwortlichen für die Kinder- und Jugendzahnpflege der Gemeinde an den Kantonszahnarzt weiterleiten.

Ort und Datum:

--

Unterschrift Gemeinde:

Da die digitale Unterschrift von Gesetzeswegen noch nicht rechtskräftig ist, ist dieses Formular per Post zuzustellen!