



**Stadt Dortmund**  
Der Oberbürgermeister

Stadt Dortmund

44122 Dortmund

Gesundheitsamt  
Zahnärztlicher Dienst  
53/5  
Hoher Wall 9-11  
Zimmer 5.16

Sprechzeiten:

Montag bis Mittwoch von  
13:00 Uhr bis 15:00 Uhr  
Donnerstag von 13:00 Uhr bis  
16:00 Uhr  
Freitags von 10:00 Uhr bis  
12:00 Uhr

Telefon: 0231 50-23660

Datum:

An die Sorgeberechtigten des Kindes:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Zahnärztliche Untersuchung**

Sehr geehrte Eltern, sehr geehrte Sorgeberechtigten.

- Bitte gehen Sie mit Ihrem Kind zu Ihrer Zahnärztin/Ihrem Zahnarzt. Eine kieferorthopädische Beratung/Behandlung wird auch von Fachzahnärzten/innen für Kieferorthopädie durchgeführt.**
- Eine zahnärztliche Beratung/ Behandlung ist notwendig.**
- Eine kieferorthopädische Beratung/ Behandlung ist notwendig.**
- Eine Individualprophylaxe zur Verbesserung der Mundhygiene ist notwendig**
- **ist notwendig/wird empfohlen.**

**Hinweis:**

- Erfreulicherweise konnte keine Behandlungsnotwendigkeit festgestellt werden. Termine bei Ihrer Zahnärztin/ Ihrem Zahnarzt sollten trotzdem eingehalten werden.
- Ihr Kind hat an der Untersuchung nicht teilgenommen.

Bitte denken Sie daran, dass bei Ihrem Kind mindestens zwei mal im Jahr eine zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung durchgeführt werden soll.

Ihre Zahnärztinnen und Zahnärzte des Gesundheitsamtes

✂-----✂

**Zahnärztliche Untersuchung Ihres Kindes**

- Bitte diesen Abschnitt der Schule/ dem Kindergarten/ der Kindertagesstätte ausgefüllt zurückgeben -

Ich habe von der Mitteilung des Zahnärztlichen Dienstes Kenntnis genommen.

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

