Landeshauptstadt Schwerin
Der Oberbürgermeister
Fachdienst Gesundheit
FG Zahnärztlicher Dienst
Am Packhof 2-6, 19053 Schwerin

Tel: 0385 545-2856 (nachmittags)

Schwerin, den .....
Schule/
Kindertagesstätte: .....

Klasse……..

Sehr geehrte(r) Frau/Herr .....,

..... (Vorname) bedarf der zahnärztlichen Behandlung ☐

kieferorthopädischen Beratung / Behandlung ☐

Individualprophylaxe / Frühuntersuchung ☐

Ich bitte Sie, im Interesse Ihres Kindes einen Zahnarzt bzw. den Kieferorthopäden Ihrer Wahl aufzusuchen. Legen Sie dem Zahnarzt bitte dieses Schreiben vor und geben Sie es danach über die Einrichtung an mich zurück.

Im Auftrag

Dr. Gabriele Stöhring
Zahnärztin

Vom behandelnden Zahnarzt auszufüllen:

Zahnärztliche Behandlung wurde durchgeführt ☐

Kieferorthopädische Behandlung wurde eingeleitet ☐

....
Stempel des behandelnden Zahnarztes Datum