

Beitritts-Erklärung zur Kinder- und Jugendzahnpflege

Die/der Unterzeichnete meldet ihr/sein Kind bei der Kinder- und Jugendzahnpflege der Gemeinde Allschwil an:

Behandlung erwünscht bei: Dr. med. dent. _____

Gleichzeitig geben Sie die Einwilligung, dass die detaillierte Zahnarztrechnung zur Abklärung eines allfälligen Sozialabzuges der Kinder- und Jugendzahnpflege direkt zugestellt werden darf (Leiterin und Leiter sind dem Amtsgeheimnis unterstellt.).

Name des Kindes: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Kindergarten / 1. Klasse: _____

Nationalität: _____ bei Ausländern Ausweiskategorie B C F N

Name und Vorname der Mutter : _____
(z.B. Muster-Meier Eva)

Name und Vorname des Vaters: _____

Strasse / Nr.: _____ Telefon: _____

Anzahl Kinder: _____

Allschwil, _____ Unterschrift: _____

Einsenden an: Kinder- und Jugendzahnpflege, Gemeindezentrum, Baslerstrasse 111, 4123 Allschwil