

**KREFELD**

Miasto Krefeld | 53 | 47792 Krefeld

BURMISTRZ  
Wydział ds. zdrowia

Do rodziców/osób uprawnionych do opieki nad dzieckiem

Informacji udziela:

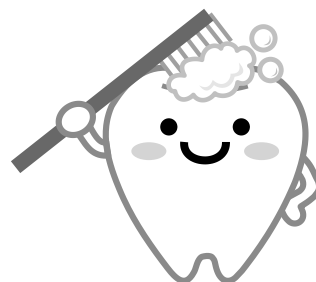
Adres: Gartenstraße 30-32

Telefon:

e-mail: [zaed@krefeld.de](mailto:zaed@krefeld.de)

## Stomatolog był obecny!

Data kontroli:



W dniu dzisiejszym Państwa dziecko ...

uczestniczyło

nie uczestniczyło w badaniu stomatologicznym

Zalecamy wizytę u

stomatologa

ortodonta

**Istotne: zalecamy wizytę w gabinecie stomatologicznym 2x do roku!**

Koszty takiej wizyty przejmowane są przez Państwa ubezpieczyciela (Krankenkasse).



Nazwisko dziecka \_\_\_\_\_ szkoła/klasa: \_\_\_\_\_

Dolny fragment

**nie** jest przewidziany do odesłania

należy podpisać i odesłać do Państwa gabinetu stomatologicznego

Stomatolog:

Data wizyty:

Pieczętka praktyki lekarskiej

Prosimy o przesłanie tego fragmentu na adres e-mail [zaed@krefeld.de](mailto:zaed@krefeld.de) lub pocztą:  
Miasto Krefeld, wydział ds. zdrowia, usługi stomatologiczne Gartenstraße 30-32, 47798 Krefeld.