



Schulkreis BeLoSe
Friedhofstrasse 2
4512 Bellach

Anmeldung zur Schulzahnpflege

Name / Vorname:

Geburtsdatum:

Name/Vorname Eltern:

.....

Strasse:

PLZ/Ort:

Bitte gewünschte/n Zahnärztin / Zahnarzt ankreuzen

Dres. Bracher/Lisibach/Kläy
Loretostr. 33
4500 Solothurn
032/623 33 11

Dr. Gilles Ducaud
St. Urbangasse 23
4500 Solothurn
032/625 79 79

Dr. Malte Meyer-Holfelder
Schmiedestr. 4
4512 Bellach
032/618 15 01

Dr. Alix Vestergaard Pauli
Gassackerweg 4a
2545 Selzach
032/641 22 22

Dr. Sven Witmer
Niklaus-Konrad-Str. 19
4500 Solothurn
032/622 29 78

Zahnmedizinisches Zentrum Obach
Dr. Daniel Tschumi / Dr. Laurent Marchand
Leopoldstrasse 1
4500 Solothurn
032/622 39 73

Wir haben einen privaten Zahnarzt, der die Behandlung übernimmt; unser Kind kommt aber zur regelmässigen Kontrolle (bitte oben somit einen Zahnarzt wählen).

Unterschrift eines Elternteils

Datum:

.....

.....