



Sehr geehrte Eltern,

sehr geehrte Sorgeberechtigte,

gesunde Zähne und gesundes Zahnfleisch sind Voraussetzungen für gesundes Aufwachsen und Leben. Dabei hilft regelmäßiges Zähneputzen, z. B. morgens und abends, als Schutz vor Zahnerkrankungen.

Eine Zahnärztin oder ein Zahnarzt kommt im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit in der Regel jedes Jahr in die Kindertageseinrichtung und führt die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung bei den Kindern durch. Die Dokumentation des Zahnbefundes beim Gesundheitsamt wird zum Schuljahrsende gelöscht.

Die Teilnahme an der Untersuchung ist freiwillig. Bitte erteilen Sie uns mittels beigefügter Erklärung (auf der Rückseite) Ihre Einwilligung.

Über das Ergebnis der zahnärztlichen Untersuchung werden wir Sie informieren. Dazu werden wir Ihrem Kind einen mit Namen versehenen verschlossenen Formularbrief aushändigen.

Eine Prophylaxefachkraft unserer Arbeitsgemeinschaft wird in der Regel ebenfalls die Einrichtung besuchen. Sie wird die Kinder altersgemäß über die Bedeutung der Mundhygiene, richtiges Zähneputzen und gesunde Ernährung informieren. Die genauen Termine erfahren Sie in der Kindertageseinrichtung.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne unter folgender Telefonnummer zur Verfügung: 0731-185 1722.

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Arbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit



Einwilligungserklärung

Vom Schreiben der Arbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit zur Information der Eltern und Sorgeberechtigten über den bevorstehenden Besuch der Zahnärztin oder des Zahnarztes habe ich Kenntnis genommen.

Ich willige ein, dass mein Kind von der Zahnärztin oder vom Zahnarzt im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit untersucht werden kann. Ich bin darüber informiert, dass ein zahnärztlicher Befund erhoben wird. Die Dokumentation des Zahnbefunds beim Gesundheitsamt wird mit Schuljahresende gelöscht. Der Befund wird mir in einem verschlossenen Formularbrief mitgeteilt.

ja nein

Diese Einwilligung kann jederzeit gegenüber der Arbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit widerrufen werden.

Kindertageseinrichtung

Gruppe

Name des Kindes

Ort / Datum

Unterschrift einer sorgeberechtigten Person