



Landkreis
Esslingen

Gesundheitsamt

Liebe Eltern,

gesunde Zähne und gesundes Zahnfleisch sind die Voraussetzungen für einen „guten Biss“. Da hilft regelmäßiges und gründliches Zähneputzen. Am besten nach jeder Mahlzeit, mindestens jedoch morgens und abends als Schutz vor Zahnerkrankungen und Karies.

Der **Jugendzahnarzt/die Jugendzahnärztin** des Gesundheitsamtes oder **ein Zahnarzt/eine Zahnärztin** im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit kommt gemeinsam mit einer Prophylaxefachkraft in die Kindertageseinrichtung und wird altersgemäß über die Bedeutung der Mundhygiene, richtiges Zähneputzen und zahngesunde Ernährung informieren.

Der Jugendzahnarzt/die Jugendzahnärztin führt darüber hinaus zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen bei den Kindern durch, um etwaige Zahnschäden feststellen und gegebenenfalls individuelle Hinweise für eine bestmögliche Zahnpflege geben zu können.

Die Teilnahme an der Untersuchung ist freiwillig.

Bitte erteilen Sie uns dazu mittels beigefügter Erklärung Ihr Einverständnis.

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

Für weitere Fragen steht Ihnen Herr Dr. Plessing unter der Telefonnummer 0711/3902-1610 und Frau Dr. Gerner, Telefonnummer 0711/3902-1688 gerne zur Verfügung.

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe!

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Arbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit
der Krankenkassen, der Kreis Zahnärzteschaft und des Gesundheitsamtes

Einverständniserklärung zur zahnärztlichen Untersuchung

Vom Schreiben der Arbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit, der Krankenkassen, der Kreis Zahnärzteschaft und des Gesundheitsamtes zur Information der Eltern über den bevorstehenden Besuch des Jugendzahnarztes/ der Jugendzahnärztin haben ich/ haben wir Kenntnis genommen.

Ich bin/ wir sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind

Name

Vorname

vom Jugendzahnarzt/der Jugendzahnärztin des Gesundheitsamtes oder einen Zahnarztes/ einer Zahnärztin im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit zahnärztlich untersucht und hierbei ein zahnärztlicher Befund erhoben wird:

ja

nein

Diese Einwilligung gilt für die gesamte Kindergartenzeit; sie kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Zum Widerruf genügt ein formloses Schreiben an die Leitung des Kindergartens. Mit Ablauf der Kindergartenzeit werden gegebenenfalls erhobene Daten vernichtet.

Unterschriften der Personensorgeberechtigten*:

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift

* Die Unterzeichnung hat immer durch alle vorhandenen Personensorgeberechtigten zu erfolgen, es sei denn, die personensorgeberechtigten Eltern leben getrennt und das Kind hält sich mit Einwilligung des einen Elternteils oder auf Grund einer gerichtlichen Entscheidung gewöhnlich bei dem anderen Elternteil auf. In diesem Fall genügt die Unterschrift desjenigen Elternteils, bei dem das Kind lebt.