



**Kariesprophylaxe gemäß der Rahmenvereinbarung zur  
Durchführung der  
Gruppenprophylaxe in Baden-Württemberg vom 01.09.1989 nach § 21 SGB V**

**Sehr geehrte Eltern,  
sehr geehrte Sorgeberechtigte,**

**die zahnärztlichen Untersuchungen haben gezeigt, dass immer noch zu viele Kinder an Karies erkrankt sind. Zahnkaries kann jedoch durch richtige Zahnpflege, zahnbewusste Ernährung und regelmäßige Zahnschmelzhärtung verhindert werden.**

**Deshalb bieten wir in der Schule Ihres Kindes, zusätzlich zu dem bereits laufenden Aufklärungsprogramm, eine Intensivbetreuung der gesamten Klasse an. Folgende Maßnahmen sollten zweimal im Jahr kostenlos durchgeführt werden.**

- Zahnputzübungen
- Aufbringen eines fluoridhaltigen Schutzlackes durch eine/n Zahnärztin/Zahnarzt.

**Langjährige Erfahrungen aus dem In- und Ausland haben gezeigt, dass bei regelmäßiger Durchführung dieser Maßnahmen das Entstehen von Zahnschäden erfolgreich verhindert bzw. begrenzt werden kann.**

**Die Anwendung des Schutzlackes ist – auch mehrmals jährlich – aus medizinischer Sicht unbedenklich. Wir verwenden Duraphat zur Zahnschmelzhärtung, falls Sie dazu weitere Information benötigen, können wir Ihnen auf Anfrage noch ein Infoschreiben Duraphat zusenden.**

**Bitte erteilen Sie uns mittels beigefügter Erklärung (siehe Rückseite) Ihre Einwilligung. Wir bitten Sie, die Einverständniserklärung baldmöglichst an die Schule zurückzugeben. Sie kann jederzeit gegenüber der AG Zahngesundheit im Landkreis Heidenheim widerrufen werden.**

**Falls Sie noch Fragen zu den vorgeschlagenen Maßnahmen haben, rufen Sie uns bitte unter der Rufnummer 07321 321-2630 oder -2623 an.**

# Einwilligungserklärung

**Von dem Informationsschreiben Kariesprophylaxe mit Fluorid-Lack habe ich Kenntnis genommen.**

ja

**Ich willige ein, dass bei meinem Kind zweimal im laufenden Schuljahr Fluoridlackierungen**

**durchgeführt werden.**

ja

nein

**Auf eine mündliche Aufklärung verzichte ich.**

**Sollten bei Ihrem Kind Allergien oder Asthma bronchiale bekannt sein, so empfehlen wir eine Fluoridierung bei der behandelnden Zahnärztin/dem behandelnden Zahnarzt.**

**Die folgende Einwilligung gilt für das laufende Schuljahr**

**Die Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen gegenüber der Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit Landkreis Heidenheim widerrufen werden.**

---

Schule

Klasse

---

Name des Kindes

---

Ort/Datum

Unterschrift einer sorgeberechtigten Person