

ARBEITSGEMEINSCHAFT JUGENDZAHNPFLEGE IM LANDKREIS GÖPPINGEN

Mitglieder: Gesundheitsamt, AOK, BKK, IKK, LKK, vdek, Knappschaft, Kreis Zahnärzteschaft

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Name Schülerin/ Schüler

Name der Schule

Klasse

Ich habe das Informationsschreiben zur Fluoridbehandlung gelesen und bin damit einverstanden, dass mein Kind an der zweimaligen Fluoridbehandlung teilnimmt.

Ja Nein

Mein Kind wird vom Zahnarzt fluoridiert Ja Nein

Mein Kind bürstet einmal wöchentlich Elmex Gelee Ja Nein

Um möglichen Beeinträchtigungen (z.B. Allergien) aufgrund der Behandlung vorzubeugen, wird um die Beantwortung nachstehender Fragen gebeten.

Leidet Ihr Kind an Asthma bronchiale? Ja Nein

Sind Allergien bekannt? Ja Nein

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Sorgeberechtigten

Falls nur eine Unterschrift vorhanden ist, wird dadurch ausdrücklich bestätigt, dass der andere Sorgeberechtigte ebenfalls die Fluoridierung des Kindes wünscht.