



Landesarbeitsgemeinschaft Berlin zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe) e.V.



Bezirksämter von Berlin  
Zahnärztliche Dienste  
(Anschriften siehe Rückseite)

Liebe Eltern!

**Wir** – der Zahnärztliche Dienst (ZÄD) und die Landesarbeitsgemeinschaft zur Verhütung von Zahnerkrankungen e.V. (LAG) – wollen helfen, die Zahnkaries der Berliner Kinder weiter zu vermindern.

**Wie ?**

Bis zu 3 x jährlich – Ihr **freiwilliges** schriftliches Einverständnis vorausgesetzt - wird Ihr Kind in der Schule/Kita unter Anleitung und Verantwortung der jeweiligen o.g. Partner ein Fluoridpräparat (*zur Zeit elmex gelée*) selbstständig einbürsten. Die von uns verwendete Menge des den Zahnschmelz härtenden Fluoridpräparates ist gesundheitlich unbedenklich. Diese Maßnahme ist für Sie kostenfrei. Eine Fluoridierung durch Ihren Hauszahnarzt kann bei Bedarf zusätzlich erfolgen.

Die im Zusammenhang mit der Vorsorgeuntersuchung durchgeführte Fluoridprophylaxe liegt in der Verantwortung des ZÄD.

Für alle weiteren im Schuljahr vorgesehenen Fluoridprophylaxen ist die LAG mit ihren Gruppenprophylaxehelferinnen verantwortlich.

**Worauf ist zu achten?**

Für den Fall, dass Ihr Kind Fluoridtabletten einnimmt, sollte auf diese für einige Tage nach der Einbürstung verzichtet werden.

Sollten wider Erwarten allergische Reaktionen bei Ihrem Kind eintreten, auch wenn nach unseren jahrelangen Erfahrungen nicht damit zu rechnen ist, bitten wir um Nachricht an den ZÄD.

*In seltenen Fällen sind bei Neigung zu allergischen Reaktionen des Kindes vorübergehende örtliche Schwellungen an der Mundschleimhaut bekannt geworden.*

Wenn Sie mit dieser zusätzlichen gruppenprophylaktischen Maßnahme einverstanden sind, geben Sie bitte die unterschriebene Einverständniserklärung (nur den unteren Abschnitt) Ihrem Kind mit in die Schule/ Kita. Sie gilt – bis auf schriftlichen Widerruf - für die gesamte Schulzeit.

Bei Rückfragen steht der ZÄD Ihres Bezirkes gern zur Verfügung (Adresse und Telefonnummer umseitig).

✕.....✕.....✕.....✕.....✕.....✕.....✕.....✕.....✕.....✕.....✕

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Schule/ Kita:		Klasse/ Gruppe:

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind an der lokalen Kariesprophylaxe – **Zähnebürsten mit dem Fluoridpräparat elmex gelée** - teilnimmt.

ja

nein

Bestehen bei Ihrem Kind nachgewiesene Allergien?

ja

nein

Wenn ja, welche? .....

Datum

Unterschrift