

Einwilligungserklärung

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

Ja

Ich willige ein, dass bei meinem Kind Maßnahmen zur Zahnschmelzhärtung (Fluoridierung) 1x pro Schuljahr durchgeführt werden. Auf eine mündliche Aufklärung verzichte ich.

Ja **Nein**

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

Bei Fragen können Sie sich unter folgender Telefonnummer weiter informieren: 06221 - 522 1846.

Die Einwilligung kann jederzeit gegenüber der Regionalen Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit widerrufen werden.

Schule

Klasse

Name des Kindes

Ort / Datum

Unterschrift einer sorgeberechtigten Person