



Kinderzähne stark machen

Intensivprophylaxe-Programm an Bremer Grundschulen

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

(bitte ankreuzen und an den Klassenlehrer zurückgeben)

Mein Kind: _____

Schule: _____

Klasse: _____

- soll am kostenlosen **Intensivprogramm** der LAJB e. V. zur Vorbeugung von Zahnkrankheiten teilnehmen.

Hiermit entbinde ich die untersuchende Schulzahnärztin von der Schweigepflicht gegenüber den Lehrkräften, LAJB-Prophylaxe-kräfte und ihrem Hauszahnarzt

- soll *nicht* am Intensivprogramm teilnehmen

Mein Kind erhält **zur Zeit** *Fluoride*

- als Fluoridtabletten
 durch wöchentliche Anwendung von Fluorid-Gelee zuhause

Bitte geben Sie Ihren Namen und Adresse an, falls wir Ihnen etwas Wichtiges mitteilen möchten.

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ: _____

Bremen

Tel: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten