



## ***Einverständniserklärung zum Kariesschutz durch Fluoridlack***

Liebe Eltern, liebe Personensorgeberechtigte,

die Fluoridierung wird 2-3mal im Schuljahr im Klassenverband zusammen mit einer Zahnpfutzübung durchgeführt. Die Tage, an denen die Zahnschmelzhärtung durch **Fluoridlack\*** stattfinden, werden Ihnen über Ihr Kind bekannt gegeben.

Damit der Lack gut wirken kann, ist an diesen Tagen folgendes zu beachten:

- morgens zu Hause ausreichend frühstücken
- mindestens eine Stunde nach Auftragen des Lackes nichts essen

**Meine Einwilligung kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.**

Sie wird 10 Jahre im Gesundheitsamt der Stadt Frankfurt am Main aufbewahrt.

Die personenbezogenen Daten werden vom Gesundheitsamt gespeichert.

Auf Antrag erhalten Sie dort Auskunft über diese Daten.

**Sollten bei Ihrem Kind im Laufe der Schulzeit Allergien oder Asthma bronchiale auftreten, bitten wir schriftlich um Mitteilung.**

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an den **Jugendzahnärztlichen Dienst**

Tel.: 069/212-33621 Fax: 069/212-36087 oder per E-Mail an:

[info.zahnmedizin@stadt-frankfurt.de](mailto:info.zahnmedizin@stadt-frankfurt.de)

\* Zusammensetzung des verwendeten Fluoridlacks (**Fluoridin N5**):

Arzneilich wirksame Bestandteile: 1 g Fluoridin N 5 enthält 50 mg Natriumfluorid (entsprechend 22,6 mg Fluorid). Sonstige Bestandteile: Hydriertes Kolophonium, Kolophoniumglycerolester, Ethanol, hochdisperses Siliciumdioxid, Ethylcellulose, Natriumcyclamat, Saccharin, Eisenoxide und -hydroxide (E 172), Himbeeraroma.

### **↑Für Ihre Unterlagen↑**

✂.....**↓unteren Abschnitt in der Klasse abgeben↓**.....✂

Ich/wir als Personensorgeberechtigte/r möchte/n, dass mein/unser Kind

Familienname: ..... Vorname: .....

geb. am: ..... Geschlecht: .....

Schule: ..... Klasse: .....

an der Zahnschmelzhärtung durch **Fluoridlack** teilnimmt:  ja  nein

Hat Ihr Kind eine **Allergie?**  ja  nein

**HINWEIS:** Sollte das Kind an **Allergien** oder **Asthma bronchiale** leiden, wird in der Schule die Fluoridierung **nicht** durchgeführt. Wenden Sie sich bitte an Ihren Hauszahnarzt/Hauszahnärztin.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten