



Einverständniserklärung zum Kariesschutz durch Fluoridlack

Liebe Eltern, liebe Personensorgeberechtigte,

die Fluoridierung wird 2-3mal im Schuljahr im Klassenverband zusammen mit einer Zahnputzübung durchgeführt. Die Tage, an denen die Zahnschmelzhärtung durch **Fluoridlack*** stattfindet, 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 Lacks nichts essen

Ihre Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für zukünftige Fluoridierungen 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 **Zahnärztlichen Dienst im Gesundheitsamt**

Tel.: 069/212-33621 Fax: 069/212-36087 oder per E-Mail an: info.zahnmedizin@stadt-frankfurt.de

* Zusammensetzung des verwendeten Fluoridlacks (Profluorid Varnish):

Profluorid Varnish ist eine ethanolische Suspension aus Kolophonium mit künstlichem Aroma und der süßenden Wirkung von Xylitol.
1 ml VOCO Profluorid Varnish beinhaltet 50 mg Natriumfluorid entsprechend 22,6 mg Fluorid.

↑Für Ihre Unterlagen↑

Datenschutz-
Informationen:



Sollten Sie keinen Zugang zur Webseite haben, senden wir Ihnen die vollständigen Datenschutzinformationen gerne nach Aufforderung zu.



.....

↓**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 Ihr Kind an **Allergien** oder **Asthma bronchiale** leiden, wird in der Schule die Fluoridierung **nicht** durchgeführt. Wenden Sie sich bitte an Ihre/n Hauszahnärztin/Hauszahnarzt.

.....
Datum

.....
Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten