

## 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 oder per E-Mail an: [info.zahnmedizin@stadt-frankfurt.de](mailto: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