

Arbeitskreis Jugendzahnpflege
Mainluststraße 17
60329 Frankfurt

Patenschaftszahnarzt/ärztin BE: _____
(wird vom AKJ eingetragen)

FAX: 069 – 23 99 39
Mail: jzd@aki-frankfurt.de

LAGH-Nr.: **4.** _____

Stammdatenblatt bitte bis zum 16.03.2018 an den AKJ zurück senden!

Name der Einrichtung: Klicken, um Name einzugeben .
Straße und Hausnr.: Klicken, um Straße einzugeben.
PLZ und Ort: Klicken, um PLZ und Ort einzugeben
Mail-Adresse: Klicken, um Mail-Adresse einzugeben.
Telefon: Klicken, um Vorwahl und Telefonnr. einzugeben.
FAX: Klicken, um FAX-Nr. einzugeben.
Träger: Klicken, um Namen des Trägers einzugeben.
Leiterin / Leiter: Klicken, um Vor-und Nachname einzugeben.
Stellvertr.: Klicken, um Vor-und Nachname einzugeben.
Ansprechpartner für die Gruppenprophylaxe: Klicken, um Vor- und Nachnamen einzug

Unsere Einrichtung hat:

Anzahl Krippegruppen: **Klicken, um Anzahl einzugeben.**
Anzahl der Regelgruppen: **Klicken, um Anzahl einzugeben.**
Anzahl altersgemischte Gruppen (Familiengruppen) **Klicken, um Anzahl einzugeben.**
Anzahl Inklusionsgruppen: **Klicken, um Anzahl einzugeben.**

Unsere Einrichtung betreut:

Anzahl der Kleinkinder bis 3 Jahre: **Klicken, um Anzahl einzugeben.**
Anzahl Kinder ab 3 Jahre: **Klicken, um Anzahl einzugeben.**
Anzahl Hortkinder: **Klicken, um Anzahl einzugeben.**

Sind Kinder einer Altersgruppe nicht vertreten, tragen Sie bitte eine „0“ ein

Das wird in unserer Einrichtung bereits umgesetzt:

KAI^{plus} üben

Erzieher/-innen, die gemeinsam mit den Kindern täglich KAI^{plus} üben: **Anzahl eingeben.**

Kleinkinder U3 dürfen täglich nach dem Frühstück KAI^{plus} üben: **Anzahl eingeben.**

Kleinkinder U3 dürfen täglich nach dem Mittagessen KAI^{plus} üben : **Anzahl eingeben.**

Kinder ab 3 Jahre dürfen täglich nach dem Frühstück KAI^{plus} üben : **Anzahl eingeben.**

Kinder ab 3 Jahre dürfen täglich nach dem Mittagessen KAI^{plus} üben: **Anzahl einzeben.**

Hortkinder dürfen täglich nach dem Mittagessen KAI üben: **Anzahl eingeben.**

Sind Kinder einer Altersgruppe nicht vertreten tragen Sie bitte einen „0“ein.

Wir möchten das KAI^{plus}-Training einführen und wünschen Unterstützung **JA**

Zuckerfreier Vormittag

In unserer Einrichtung trinken alle Kinder ausschließlich
Wasser / Mineralwasser /ungesüßten Tee (keine Schorle / kein Saft) **JA** **NEIN**

alle Kinder bekommen täglich ein kauaktives Frühstück,
im Sinne des Zuckerfreien Vormittags **JA** **NEIN**

Wir informieren alle Eltern,
dass sie verantwortlich für gesunde Milchzähne sind und abends
die Zähne ihrer Kinder von allen Seiten sauber putzen müssen **JA** **NEIN**

Fortbildungen

Wir haben bereits die BASIS-Fortbildung für pädagogische Fachkräfte **Jahreszahl einge**
besucht und wünschen eine Schulung unseres gesamten Teams zum Konzept
des Zuckerfreien Vormittags in unserer Einrichtung und bitten um Kontaktaufnahme. **JA**

Sind Sie mit der Arbeit Ihres Patenschaftsteams bzw. den Fachberaterinnen für Gruppenprophylaxe
des Arbeitskreises Jugendzahnpflege zufrieden?

Ja einiger Maßen Nein wir haben noch kein Patenschaftsteam

Unsere Wünsche, Anregungen, Kritik an den Arbeitskreis: [Klicken Sie hier](#), um Text einzugeben.

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit genommen haben, die Datenabfrage zu beantworten.