

Stempel der Einrichtung	Patenschaftszahnarzt BE _____ (wird vom AKJ eingetragen)
	_____

Arbeitskreis Jugendzahnpflege  
Mainluststraße 17  
60329 Frankfurt

Datum: Klicken Sie, um ein Datum einzugeben.

**FAX: 069 – 23 99 39**

**Mail: [jzd@akj-frankfurt.de](mailto:jzd@akj-frankfurt.de)**

LAGH-Nr.: **4.** \_\_\_\_\_  
(wird vom AKJ eingetragen)

Name der Einrichtung:

Straße und Hausnr.:

PLZ und Ort:

Mail-Adresse:

Telefon:

FAX:

Träger:

Leiterin / Leiter:

Stellvertr.:

Ansprechpartner für die Gruppenprophylaxe:

### **Unsere Einrichtung betreut:**

Anzahl der Kleinkinder bis 3 Jahre:

Anzahl Kinder ab 3 Jahre bis Schuleintritt

Anzahl Hortkinder:

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

### **Unsere Einrichtung hat:**

Anzahl Krippengruppen:

Anzahl der Regelgruppen:

## Das wird in unserer Einrichtung bereits umgesetzt:

### KAI<sup>plus</sup> üben:

Erzieher/-innen, die gemeinsam mit den Kindern täglich KAI<sup>plus</sup> üben:

Kleinkinder U3 üben täglich nach dem Frühstück KAI<sup>plus</sup>:

Kleinkinder U3 üben täglich nach dem Mittagessen KAI<sup>plus</sup>:

Kinder ab 3 Jahre üben täglich nach dem Frühstück KAI<sup>plus</sup>:

Kinder ab 3 Jahre üben täglich nach dem Mittagessen KAI<sup>plus</sup>:

Hortkinder üben täglich nach dem Mittagessen KAI<sup>plus</sup>:

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

Wir möchten das KAI<sup>plus</sup>-Training einführen und wünschen Unterstützung JA

### Zuckerfreier Vormittag und Zusammenarbeit mit Eltern:

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:

Regelmäßig bieten wir Fortbildungen für pädagogische Fachkräfte an.  
Anmeldeformulare finden Sie unter: [www.akj-frankfurt.de](http://www.akj-frankfurt.de)

Wir wünschen eine Schulung unseres gesamten Teams zum Konzept des  
Zuckerfreien Vormittag in unserer Einrichtung

**JA**

Wir wünschen einen Elternabend zum Thema Zuckerfreier Vormittag

**JA**

### Zusammenarbeit mit Patenschaftszahnarzt:

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:

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