

## **Beleegyező nyilatkozat a Duraphat alkalmazásához**

Kedves Szülők és Gondviselők!

A különböző célzott intézkedések eredményeként az utóbbi években jelentősen javult az iskoláskorú gyerekek szájhygiéniája Bajorországban. Ez nem utolsó sorban a bajor LAGZ (Landesarbeitsgemeinschaft Zahngesundheit – a terület fogorvosi társaságait és minden egészségbiztosítási szervet magába foglaló egyesület) az utóbbi 20 évben mutatott elhivatottságának köszönhető. Számunkra az a fontos feladat maradt hátra, hogy Bajorországban ezt a pozitív fejlődést segítsük.

Az LAGZ megbízatást kapott Bajorország vezetőitől, hogy különböző programok segítségével javítsa a gyerekek fogainak egészségi állapotát. Ez többek között a bölcsődékben és iskolákban történő célzott egészségneveléssel érhető el. A szuvasodás ellen folytatott harc egyik alapkőve a fluorid. Ez a nyomelem a kezdődő szuvasodás folyamatát nyugalmi állapotba juttatja vagy visszafordítja. Erősíti a fogzománc ellenálló képességét és megakadályozza a fogak felszínén található baktériumok savtermelését. Mivel a fluorid az élelmiszereinkben nem fordul elő megfelelő mennyiségben, így tudatosan a táplálkozásunkkal és a fogápolási eszközökkel kell bejuttatnunk a szervezetünkbe. Ezek közül különösen a már ismert fluorid tartalmú Duraphat lakk bizonyult hatékonynak, amely például a csoportos fogmosási gyakorlatok során juttatható a gyerekek fogfelszíneire. A zselé előnyei közé tartozik a magas fluoridleadó képessége, ezért a félvényekénti rendszeres használata jelentősen csökkenti a fogszuvasodás kialakulását a magas rizikófaktorú gyerekeknél. Az Ön gyermekénél a **közös fogmosási gyakorlat** keretein belül .....-én/-án az LAGZ-fogorvos/fogorvosnő közreműködésével terveztük Duraphat lakkal a fogfelszínek beecsetelését. Ez az eljárás az Ön számára ingyenes.

Kérdés esetén nyugodtan forduljon az illetékes

**LAGZ-fogorvoshoz/fogorvosnőhöz:** ..... (Tel.: .....)

Üdvözléssel:

LAGZ

**Kérem fordítson! ----->**

Kérjük a következő részt kitölteni és az iskolában leadni

Ezennel kijelentem, hogy ☐ O beleegyezem ☐ O nem egyezem bele  
hogy az LAGZ-fogorvos/fogorvosnő gyermekem fogfelszíneit *Duraphat fluorid tartalmú lakkal*  
térítésmentesen beecsetelje.

.....  
(A gyermek keresztnév és családneve)

.....  
Születési dátuma

.....  
Osztálya

.....  
(Település és utca)

Otthon alkalmazott fluoridálás: (kérjük a megfelelő x-elni)

☐ O fluoridtartalmú konyhasó

☐ O fluoridos zselé hetente

☐ O fluoridtabletta naponta

Ismert allergiák: .....

.....  
Dátum

.....  
Szülő vagy gondviselő aláírása

**Milyen kockázatoknak van gyermeke kitéve (mellékhatások)?**

Mellékhatásokkal kell számolnia a DURAPHAT használatakor (az eljárás kockázataként), ha gyermeke érzékeny az összetevők valamelyikére (nátrium-fluorid, viasz, kolofónium, málna aroma, sellak, masztix, szacharin, etanol) vagy ha gyermekének asztmája van.