

Bayerische Landesarbeitsgemeinschaft Zahngesundheit e.V. (LAGZ)

BLZK KZVB AOK vdek BKK IKK classic SVLFG KBS

Bayerische Landesarbeitsgemeinschaft Zahngesundheit e.V.
Fallstraße 34, 81369 München, Zahnärztehaus



Telefon 089 7233981
Fax 089 7235701
E-Mail: info@lagz.de
Internet: www.lagz.de

Einverständniserklärung zum Auftragen

von Duraphat

Liebe Eltern und Erziehungsberechtigte,

durch gezielte Maßnahmen hat sich die Mundgesundheit bayerischer Schulkinder in den letzten Jahren deutlich verbessert. Dies ist nicht zuletzt dem Engagement der Bayerischen Landesarbeitsgemeinschaft Zahngesundheit e.V. (LAGZ, ein Zusammenschluss zahnärztlicher Körperschaften und aller Krankenkassenverbände) in den letzten 20 Jahren zu verdanken. Es bleibt für uns weiterhin eine wichtige Aufgabe, diese positive Entwicklungstendenz in Bayern zu unterstützen.

Die LAGZ wurde vom Freistaat Bayern beauftragt, durch individuelle Programme die Zahngesundheit zu fördern. Dies wird zum Beispiel durch eine gezielte Gesundheitserziehung in Kindertagesstätten und Schulen erreicht. Eine der tragenden Säulen im Kampf gegen Karies heißt Fluorid. Das Spurenelement bringt beginnende Karies zum Stillstand oder macht sie rückgängig, stärkt die Widerstandskraft des Zahnschmelzes und hemmt die Säureproduktion der Bakterien an der Zahnoberfläche. Da Fluorid nicht ausreichend in unserer Nahrung vorkommt, müssen wir es zuführen – mit der Nahrung oder in Zahnpflegemitteln. Bewährt hat sich dabei besonders der bekannte fluoridhaltige Lack DURAPHAT, der auf die Zähne Ihres Kindes aufgebracht werden kann. Vorteil des Lackes ist eine lange Fluoridabgabe auf der Zahnoberfläche, so dass eine einmalige Anwendung pro Halbjahr eine deutliche Hemmung der Kariesentwicklung bewirkt. Bei Ihrem Kind ist das Aufbringen einer dünnen Schicht DURAPHAT auf die Zahnoberflächen nach einer **gemeinsamen Putzübung am** _____ durch den/die LAGZ Zahnarzt/ärztin geplant. Diese Maßnahme ist für Sie kostenlos.

Bitte halten Sie gegebenenfalls Rücksprache mit dem/r betreuenden
LAGZ-Zahnarzt/In _____ (**Tel.:** _____).

Die personenbezogenen Daten werden vom LAGZ-Zahnarzt weder erfasst, verarbeitet, weitergeleitet oder gespeichert.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre LAGZ

→→ **bitte wenden!**

Bitte diesen Abschnitt ausfüllen und in der Schule abgeben.

Ich/Wir erkläre/n mich/uns damit ☐ einverstanden ☐ nicht einverstanden,
dass der/die LAGZ-Zahnarzt/ärztin bei unserem Kind auf die Oberflächen der Zähne kostenfrei den
Fluoridlack *Duraphat* aufträgt.

.....
(Vor- und Zuname des Kindes)

.....
(Geburtsdatum)

.....
(Klasse)

.....
(Wohnung: Ort und Straße)

Häusliche Fluoridanwendung: (bitte ankreuzen)

☐ Fluoridiertes Speisesalz ☐ Fluoridgelee wöchentlich ☐ tägl. Fluoridtabletten

Bekannte Allergien:

.....
(Datum)

.....
(Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)

Welche Risiken bestehen für Ihr Kind (Nebenwirkungen)?

Mit Nebenwirkungen beim Einsatz von DURAPHAT (als Risiko des Eingriffes für Ihr Kind) muss gerechnet werden, falls Überempfindlichkeiten gegenüber den Inhaltsstoffen (Natriumfluorid, gebleichtes Wachs, Kolo-phonium, Himbeer-Aroma, Schellack, Mastix, Saccharin, Ethanol) bekannt sind oder bei Patienten mit Asthma bronchiale.