



Frau Dr. Brunner-Strepp  
Am Schölerberg 1  
49082 Osnabrück  
Tel: (05 41) 5 01-2121  
e-mail: brunner@Lkos.de  
www.landkreis-osnabrueck.de

## Zahnschmelzhärtung mit Fluorid in der Schule - Elterninformation

Liebe Eltern,  
die Zahngesundheit ist für eine gesunde Entwicklung Ihres Kindes ganz wichtig.  
Gesunde Zähne sind schön und verursachen keine Schmerzen.  
Beachten Sie deshalb vier wichtige Regeln:

- ☺ **Regelmäßig Zähneputzen**
- ☺ **Wenig Süßes, vor allem zwischen den Mahlzeiten**
- ☺ **Zweimal im Jahr zum Zahnarzt**
- ☺ **Anwendung von Fluoriden**

Durch den Einsatz von Fluoriden werden die Maßnahmen der Mundhygiene und der gesunden Ernährung wirksam unterstützt. Bei regelmäßiger Anwendung können ca. 30 – 40 % der neuen Karies vermieden werden.

Das **Team Zahngesundheit** bietet Ihnen deshalb eine **Fluoridierungsmaßnahme** an, die **viermal im Jahr** in der Schule durchgeführt wird. Ca. alle drei Monate werden bei Ihrem Kind in der Schule die Zähne mit einer **Fluoridlösung eingepinselt**. Diese Fluoridlösung enthält ca. 2 mg Fluorid. Somit kann eine häusliche Fluoridierung zusätzlich weitergeführt werden.

Bei Kindern mit **Asthma bronchiale** oder anderen **Atemwegserkrankungen** kann wegen der Inhaltsstoffe (Pfefferminzöl, Krauseminzöl und Levomenthol) diese Maßnahme erst nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt durchgeführt werden. Bitte klären Sie ab, ob die Anwendung von Elmex-Fluid bei Ihrem Kind möglich ist.

**Bitte füllen Sie auf jeden Fall den anhängenden Abschnitt aus und geben ihn unterschrieben zurück an den oder die Klassenlehrer/in!**



### FLUORIDIERUNG IN DER SCHULE

Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum	Schule	Klasse
--------------------------	--------------	--------	--------

Die Informationen zur Fluoridierung habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind während der gesamten Grundschulzeit an den Maßnahmen zur Fluoridierung teilnimmt.



Hat Ihr Kind eine Allergie?  Nein  Ja: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Asthma?  Nein  Ja

Ich wünsche für mein Kind **keine Teilnahme** an der Fluoridierung.

Hiermit willige ich ein, dass die Daten meines Kindes (Name, Vorname, Geburtsdatum) vom Gesundheitsdienst für Landkreis und Stadt Osnabrück, erhoben, verarbeitet und gespeichert werden.

Die Erhebung der personenbezogenen Daten dient ausschließlich dem Zweck der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe. Die Daten werden nicht an Dritte weitergeleitet.

Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an den Landkreis Osnabrück, Am Schölerberg 1, 49082 Osnabrück. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ort Datum Unterschrift d. Erziehungsberechtigten