

Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf von Berlin

Abteilung Soziales und Gesundheit

Zahnärztlicher Dienst

BA Charlottenburg-Wilmersdorf, Hohenzollerndamm 174/177, 10713 Berlin



Landesarbeitsgemeinschaft
Berlin zur Verhütung von
Zahnerkrankungen

☎(030)

9029-16233

oder 9029-10, intern 929

Sehr geehrte Erziehungsberechtigte,

bitte entscheiden Sie über die Teilnahme Ihres Kindes an der Fluorid-Anwendung durch **Ankreuzen und Unterschrift auf der umseitigen Einverständniserklärung** und geben Sie diese Ihrem Kind in die Kita/Schule mit.

Für weitere Informationen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Dr. Neubelt

Leiterin des Zahnärztlichen Dienstes

Name, Vorname des Kindes: _____

Geb.-datum: _____

Adresse: _____

Kita/Schule: _____ Klasse: _____

Ich möchte, dass bei meinem Kind im Rahmen des **Kariesvorsorgeprogramms Fluoridlack** auf die Zähne aufgetragen wird.

Ja

Nein

Hat Ihr Kind eine Allergie?

Nein

Ja

Welche? _____

Datum _____
Unterschrift des/der
Erziehungsberechtigten

Ihre Telefonnummer für eventuelle Rückfragen