

EINWILLIGUNG ZUR ZAHNPROPHYLAXE

Fluoridlack-Applikation / zahnärztliche Gruppenprophylaxe

Kind (Name): _____

Klasse: _____

- Ich willige ein, dass mein Kind im Rahmen der schulischen Zahnprophylaxe eine Fluoridlack-Applikation erhält.
- Ich willige nicht ein.

Bemerkungen (Allergien, Besonderheiten):

Ort, Datum: _____ Unterschrift Erziehungsberechtigte: _____

Die Maßnahme wird von geschultem Fachpersonal durchgeführt.