

Gruppenprophylaxe in der Schule

| | Unterverweisung | | Fluoridierung | | Datum | Stempel |
|--------------|-----------------|---|---------------|-----|-------|---------|
| | P | E | M | Gel | | |
| 1. Schuljahr | | | | | Datum | |
| 2. Schuljahr | | | | | Datum | |
| 3. Schuljahr | | | | | Datum | |
| 4. Schuljahr | | | | | Datum | |
| 5. Schuljahr | | | | | Datum | |
| 6. Schuljahr | | | | | Datum | |

Individualprophylaxe in der Zahnarztpraxis

| Individualprophylaxe | | | | Datum | Stempel |
|----------------------|------|------|------------------------|-------|---------|
| IP 1 | IP 2 | IP 4 | IP 4 weitere Maßnahmen | Datum | |
| | | | | Datum | |
| | | | | Datum | |
| | | | | Datum | |
| | | | | Datum | |
| | | | | Datum | |
| | | | | Datum | |
| | | | | Datum | |
| | | | | Datum | |

Individualprophylaxe in der Kieferorthopädischen Praxis

| Individualprophylaxe | | | | Datum | Stempel |
|----------------------|------|------|------------------------|-------|---------|
| B | IP 1 | IP 2 | IP 4 weitere Maßnahmen | Datum | |
| | | | | Datum | |
| | | | | Datum | |
| | | | | Datum | |
| | | | | Datum | |
| | | | | Datum | |
| | | | | Datum | |
| | | | | Datum | |
| | | | | Datum | |

Tipps zur Gesunderhaltung deiner Zähne:

Putze 2 x täglich deine Zähne
Masche nicht vor dem Schlafen gehen
Gehe 2 x im Jahr zum Zahnarzt

© Landeszahnärztekammer Brandenburg 2012

www.brandenburger-kinderzaehne.de

Verbände der
Krankenkassen
im Land Brandenburg



Mit freundlicher
Unterstützung von:

Der Prophylaxe-Pass - herausgegeben von der Landeszahnärztekammer Brandenburg - richtet sich an Eltern und Kinder und informiert über Maßnahmen zur Verhütung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen. Um die Mundgesundheit der Kinder weiter zu fördern, sollen die folgenden zahnärztlichen Vorsorgemaßnahmen in Anspruch genommen werden:

- in der Schule: nehmen die Kinder an der Gruppenprophylaxe teil
- in der Zahnarztpraxis/Kieferorthopädischen Praxis: wird die Individualprophylaxe (halbjährlich) durchgeführt.

Zur Bestätigung aller Maßnahmen bitte den Prophylaxe-Pass mit in die Schule nehmen, wenn das Team des Zahnärztlichen Dienstes kommt, und zum nächsten Termin in der Zahnarztpraxis vorlegen.

ZAHNÄRZTLICHER PROPHYLAXE-PASS *Schulkinder*



ZAHNÄRZTLICHER PROPHYLAXE-PASS *Schulkinder*



Name:

Vor-
name:

Geburts-
Datum: