

Landkreis Mecklenburgische Seenplatte Der Landrat



Landkreis Mecklenburgische Seenplatte
Postanschrift: PF 11 02 64, 17042 Neubrandenburg

Regionalstandort
Waren (Müritz)
Amt/SG
Gesundheitsamt / Kinder und Jugendhilfe
Auskunft erteilt:
Dr. Ulrike Heitling
E-Mail: ulrike.heitling@lk-seenplatte.de
Zimmer: E 65
Telefon: 0395/570872396
Fax:
Internet: www.lk-mecklenburgische-seenplatte.de

Sehr geehrte Eltern/Erziehungsberechtigte,

nach **§ 21 SGB V** führen wir für alle Kinder kostenlose Fluoridtouchierung zur Zahnschmelzhärtung in der Schule durch. Die Touchierung erfolgt 2x jährlich, unabhängig von der sonstigen Betreuung durch Ihren Hauszahnarzt.

Untersuchungen haben ergeben, dass die Kinder, die über eine längere Zeit regelmäßig FLUORIDE in der richtigen Menge erhalten, gesündere Zähne haben. Deshalb bietet das Gesundheitsamt Waren/Müritz, Zahnärztlicher Dienst und der Arbeitskreis Zahngesundheit, Kindern von der Klasse 1-4 eine Fluoridtouchierung an.

Karies ist vermeidbar durch eine richtige Ernährung, gewissenhafte Zahnpflege, regelmäßige Kontrollen durch den Zahnarzt und die Zufuhr von Fluoriden. Wissenschaftler und Gesundheitsinstitutionen(z.B.WHO) bekräftigen nachhaltig den Wert einer Kariesprophylaxe mit Fluoriden als eine wichtige und effektive Maßnahme zur Vorbeugung gegen Karies.

In der Klasse Ihres Kindes ist eine 2x jährliche Fluoridtouchierung geplant.

Für Rückfragen stehen wir gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

im Auftrag
Dr. Ulrike Heitling

Besucheradressen Landkreis Mecklenburgische Seenplatte

Platanenstraße 43
17033 Neubrandenburg
Telefon: 0395 57087-0
Fax: 0395 57087-65999
IBAN: DE07 1505 1732 0036 0016 60
BIC: NOLADE21MST
Umsatz-Steuernr.: 079/133/80155
Umsatzsteuer-Identifikationsnr.:
DE280126814

Regionalstandort Demmin
Adolf-Pompe-Straße 12-15
17109 Demmin

Regionalstandort Neustrelitz
Woldegker Chaussee 35
17235 Neustrelitz

Regionalstandort Waren (Müritz)
Zum Amtsbrink 2
17192 Waren (Müritz)

Einverständniserklärung

Unser Einverständnis gilt für die Dauer der gesamten Schulzeit.

Unser Kind soll 2x jährlich an der Fluoridtouchierung teilnehmen: **ja** **nein**

Unser Kind leidet unter Asthma bronchiale: **ja** **nein**

Name des Kindes:Geburtsdatum:

Schule: Klasse:

Datum:

.....
Unterschrift der Eltern / Erziehungsberechtigten

Bitte ankreuzen und ausgefüllt an die Schule zurück.