

## Einverständniserklärung zum Putzen mit elmex® gelée

### Liebe Eltern und Sorgeberechtigte,

wir, die Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege des Freistaates Sachsen e.V. (LAGZ Sachsen) wollen helfen, die Zahnräder der Kinder weiter zu vermindern. In unserem Auftrag sind Zahnärzte mit ihren Teams in Kindergarten und Schulen tätig. Grundlage für unsere Arbeit ist das Sozialgesetzbuch 5, Paragraph 21.

Tägliche Zahnpflege, ausgewogene Ernährung, der Besuch beim Zahnarzt und Fluoridierung sind für gesunde Zähne wichtig. Fluorid stärkt den Zahnschmelz und macht den Zahn widerstandsfähiger gegen Kariesbakterien.

#### Was bieten wir Ihnen? Was wird gemacht?

Ihr Kind putzt seine Zähne selbstständig mit einem fluoridhaltigen Zahngel. Dabei wird es vom Zahnarzt oder seinen Mitarbeiter\*innen beaufsichtigt. Dieses Angebot ist für Ihr Kind kostenfrei. Es kann bis zu 3 Mal im Schuljahr durchgeführt werden. Dafür benötigen wir Ihr freiwilliges schriftliches Einverständnis

#### Welche Stoffe enthält elmex® gelée?

Aminfluoride: Dectaflur und Olaflur, Natriumfluorid, gereinigtes Wasser, Propylenglycol, Hydrollose, Saccharin, Pfirsisch-Aroma, Menthol, Eukalyptol, Anethol, Aromastoffe mit Allergenen: Limonen, Linalool und Geraniol sind in elmex gelée® enthalten.

#### Welche Nebenwirkungen gibt es?

Durch das Putzen mit elmex® gelée gelangen sehr kleine Mengen an Fluorid in den Mund. In seltenen Fällen können die Kinder empfindlich auf die Stoffe in elmex® gelée reagieren.

#### elmex® gelée ist nicht anzuwenden bei

- Überempfindlichkeit oder Allergie auf einen der Inhaltsstoffe,
- Asthma oder andere Atemwegserkrankungen,
- Abschilferungen der Mundschleimhaut,
- fehlender Kontrolle über den Schluckreflex
- Kindern, die das Ausspucken nicht beherrschen
- bei Knochen- und/oder Zahntuberkulose

Die Informationen zu elmex® gelée und zum Datenschutz habe ich gelesen. Ich entbinde den Zahnarzt und seine Mitarbeiter\*innen für die Zeit der Fluoridierung von der ärztlichen Schweigepflicht. Allergische Erkrankungen bezogen auf die Inhaltsstoffe von elmex® gelée, Asthma Bronchiale und Abschilferungen der Mundschleimhaut sind bei meinem Kind nicht bekannt.

Name, Vorname des Kindes ..... geb. am .....

Einrichtung, Klasse .....

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind bis zu 3 Mal im Schuljahr an der kostenlosen Fluoridprophylaxe mit elmex® gelée teilnimmt.

Ja

Nein

Ort, Datum

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten\*

\*Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Personensorgerrecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Personensorgerrecht handelt.

Bitte geben Sie die ausgefüllte Erklärung Ihrem Kind spätestens am Tag der Maßnahme verschlossen mit.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörtern teilweise die männliche Form verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung.