Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Kind

Name Vorname Geburtsdatum

in der Grundschule regelmäßig an der Fluoridlackierung teilnimmt.

O ja **O** nein (zutreffendes bitte ankreuzen)

Leidet Ihr Kind an behandlungsbedürftigem Asthma bronchiale ?

O ja **O** nein (zutreffendes bitte ankreuzen)

Diese Erklärung kann jederzeit **schriftlich** widerrufen werden.

Organisiert und durchgeführt werden diese Lackierungen von den Zahnärztinnen des Gesundheitsamtes und von geschultem Prophylaxepersonal des Vereins.

Mülheim, den

Datum Unterschrift