

## Einverständniserklärung zum Auftragen von Fluoridlack Duraphat

Liebe Eltern und Sorgeberechtigte,

wir, die Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege des Freistaates Sachsen e.V. (LAGZ Sachsen) wollen helfen, die Zahnkaries der Kinder weiter zu vermindern. In unserem Auftrag sind Zahnärzte mit ihren Teams in Kindergärten 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?

Auf die Zähne Ihres Kindes wird **Fluoridlack Duraphat** aufgetragen. 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 Fluoridlack Duraphat?

Kolophonium, Natriumfluorid, Ethanol, Wachs, Mastix, Schellack, Himbeeraroma, Saccharin sind im Fluoridlack enthalten. Die Tube enthält Latex. Deshalb können Spuren von Latex im Fluoridlack **Duraphat** sein.

### Welche Nebenwirkungen gibt es?

Durch das Auftragen von Fluoridlack **Duraphat** gelangen sehr kleine Mengen an Fluorid in den Mund. In seltenen Fällen können die Kinder empfindlich auf die Stoffe in Fluoridlack **Duraphat** reagieren, es kann zu örtlichen Schwellungen der Mundschleimhaut kommen. Es können auch Hautreaktionen auftreten. Kolophonium kann Allergien auslösen und bei Asthmatikern eine asthmatische Reaktion hervorrufen.

**Duraphat** ist nicht anzuwenden bei

- Asthma
- Überempfindlichkeit auf einen der Inhaltsstoffe
- Allergie gegen Kolophonium
- Allergie gegen Latex
- fehlender Kontrolle über Schluckreflex

### Was müssen Sie sonst noch beachten?

Ihr Kind sollte morgens gut frühstücken, da nach dem Auftragen des Lackes für mindestens 2 Stunden auf die Aufnahme fester Nahrung und auf Kaugummikauen verzichtet werden sollte. Für den Fall, dass Ihr Kind Fluoridtabletten einnimmt, ist anschließend für einige Tage die Einnahme auszusetzen.

### Schweigepflicht

Die Fluoridierung erfolgt in der Gruppe. Deshalb können Daten Ihres Kindes von anderen Personen gehört oder gelesen werden. Der Zahnarzt und seine Mitarbeiter\*innen haben Schweigepflicht. Sie erleichtern dem Zahnarztteam die Arbeit, in dem Sie sie für diese Zeit von der Schweigepflicht entbinden.

### Datenschutzhinweis:

Für die Einverständniserklärung benötigen wir Namen, Geburtsdatum, Einrichtung sowie Klasse Ihres Kindes. Diese Daten werden nur im Zusammenhang mit der Fluoridierung verarbeitet, 10 Jahre aufbewahrt und nicht an Dritte weitergegeben. Sie haben das Recht, Auskunft über die gespeicherten Daten, ggf. eine Berichtigung oder die Löschung bzw. eingeschränkte Verarbeitung zu verlangen.

Ihr Einverständnis ist für das gesamte Schuljahr gültig. Sie können Ihr Einverständnis zu jeder Zeit zurücknehmen.

Die von Ihrem/r Hauszahnarzt/-ärztin angebotenen Fluoridierungen ergänzen sich mit unserem Angebot.

Sollten Sie Fragen haben, so wenden Sie sich bitte an die betreuende Zahnarztpraxis

### Kontaktdaten der betreuenden Zahnarztpraxis:

Dipl.-Med.

**Steffen Schmidt**

Zahnarzt

Miltitzer Str. 1 – Tel. 0341/4415982

04178 Leipzig

Die Informationen zum **Fluoridlack Duraphat** und zum Datenschutz habe ich gelesen. Ich entbinde den Zahnarzt und seine Mitarbeiter\*innen für die Zeit der Fluoridierung von der Schweigepflicht. Erkrankungen wie Asthma bronchiale, Überempfindlichkeit der Mundschleimhaut und Kolophonium- oder Latexallergie und/oder andere allergische Erkrankungen bezogen auf die Inhaltsstoffe von **Duraphat** 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 Duraphat** teilnimmt.

Ja

Nein

Ort, Datum

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten\*

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

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

10/2019