

Patenschaftsprogramm in Kindergärten (A1-Bogen Schleswig-Holstein)

Dokumentationsjahr 200__ / __

(Schuljahr)

Die ausgefüllten Bögen werden für die im SGB V § 21 vorgeschriebene Dokumentation und die Vergleichbarkeit auf Kreis-, Landes- und Bundesebene benötigt. Auch wenn Sie ohne Teilkostenerstattung arbeiten, freuen wir uns deshalb über den Rücklauf des Bogens.

Schoe 4/06

An die regionale Kreisarbeitsgemeinschaft/ AGJ:

Absender:

(Praxisstempel)

Kindergarten:

Code-Nr.: _____

(Vierstellige Codenummer liegt der KAG/ dem Koordinator vor)

Betreuung des **kompletten Kindergartens**

oder

Teilgruppe (z. B. nur ältere Kinder)

Erste Betreuung im laufenden Schuljahr

oder

Wiederholungsbesuch

Besuche in der Zahnarztpraxis am: _____ / _____ / _____

_____ erreichte Kinder

theoretische Prophylaxe „lang“

(Unterrichtseinheit ca. 30-45 Minuten z. B. zu Zahnaufbau, Karies, Ernährung, Zahnpflege, auch Rollenspiele zum Angstabbau am Zahnarztstuhl usw.)

_____ erreichte Kinder

praktische Putzübung

(„echtes“ Putzen)
Übungen am Modell zählen als Theorieimpuls

_____ erreichte Kinder

theoretische Prophylaxe „kurz“

(ca. 10-15 Minuten, auch Praxisbesichtigung usw.)

bitte beim selben Besuch nur theoretische Prophylaxe „lang“ oder „kurz“ eintragen

Durchführende: Zahnarzt/-ärztin Zahnärzthelferin/Prophylaxehelferin/ZMF

Besuche im Kindergarten am: _____ / _____ / _____

_____ erreichte Kinder

theoretische Prophylaxe „lang“

(Unterrichtseinheit ca. 30-45 Minuten z. B. zu Zahnaufbau, Karies, Ernährung, Zahnpflege, auch Rollenspiele zum Angstabbau am Zahnarztstuhl usw.)

_____ erreichte Kinder

praktische Putzübung

(„echtes“ Putzen)
Übungen am Modell zählen als Theorieimpuls

_____ erreichte Kinder

theoretische Prophylaxe „kurz“

(ca. 10-15 Minuten, auch Praxisbesichtigung usw.)

bitte beim selben Besuch nur theoretische Prophylaxe „lang“ oder „kurz“ eintragen

Durchführende: Zahnarzt/-ärztin Zahnärzthelferin/Prophylaxehelferin/ZMF

___ **Elternabende** mit ___ erreichten Eltern am: _____ / _____ / _____

Abrechnung (nur möglich, wenn der vollständig ausgefüllte Bogen zur rechtzeitigen Überweisung bis zum jeweils nächsten Stichtag in der Geschäftsstelle der Kreisarbeitsgemeinschaft eingeht.

Stichtage sind das Schuljahresende zum **15.07.** und der Haushaltsabschluss am **15.12.**)

_____ Std. Zahnarzt je _____,- Euro = _____,- Euro

_____ Std. Helferin je _____,- Euro = _____,- Euro

Überweisungsbetrag = _____,- Euro

Kto.-Nr.: _____

BLZ: _____

Institut: _____

(Unterschrift Zahnarzt/-ärztin, Datum)

(Bankverbindung)