

Sehr geehrte Eltern und Erziehungsberechtigte,

demnächst findet die alljährliche Gruppenprophylaxe mit gemeinsamen Zahnputzübungen in der Schule statt (Zahnbürsten werden gestellt).

In den vierten Klassen werden vorher die Zahnbeläge eingefärbt.

Dabei kann auch eine **kostenlose Fluoridierung** bei Ihrem Kind durchgeführt werden.

Fluoride sind wichtige Spurenelemente, die für die Zahn- und Knochenbildung erforderlich sind. Wir nehmen sie täglich in sehr geringen Mengen durch unsere Nahrung auf (Obst, Gemüse, Fisch).

Auf der Zahnoberfläche bilden sie eine Schutzschicht gegen Säureangriffe. Für einen besseren Kariesschutz ist eine zusätzliche lokale Fluoridzufuhr sinnvoll. Das Einbürsten von Fluoridgel auf den Zahnschmelz hat sich dabei bewährt. Wir verwenden **elmex-gelée®** als Fluoridierungsmittel.

So helfen Sie Ihrem Kind, die Zähne gesund zu erhalten:

- Gehen Sie mit Ihrem Kind mindestens **zweimal jährlich zu Ihrem Zahnarzt/Ihrer Zahnärztin**.
- Nach Rücksprache mit dem Hauszahnarzt sollte das Fluoridgel zu Hause neben dem täglichen Zähneputzen einmal wöchentlich zur Kariesvorbeugung verwendet werden. Elmex-gelée® ist in der Apotheke erhältlich.
- Die Fluoridierung ist nicht zu verwechseln mit der Versiegelung, die in der Zahnarztpraxis durchgeführt wird. Die Versiegelung der Kauflächen der Backenzähne ist ein weiterer effektiver Kariesschutz. (Die Versiegelung ist kostenlos.) Auch versiegelte Zähne sollten fluoridiert werden.
- Achten Sie auf gesunde, kauintensive Ernährung und regelmäßige, gründliche Zahnreinigung.

Bitte unterstützen Sie die Gruppenprophylaxe und geben Sie Ihrem Kind den Abschnitt unterschrieben wieder mit in die Schule. Falls Ihr Kind täglich Fluorettten oder schon 1x wöchentlich Elmex-gelée® verwendet, ist diese Maßnahme nicht erforderlich.

Die unten angegebenen Daten werden nicht gespeichert und weitergegeben.

Vielen Dank und mit freundlichen Grüßen,

Ihr Jugendzahnärztlicher Dienst



✂-----✂-----✂-----✂-----✂-----✂-----✂-----

**E r k l ä r u n g :**

Ich bin mit der Fluoridierung bei meinem Kind einverstanden: ja  nein

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Allergische Erkrankungen, die sich auf Inhaltsstoffe von Elmex®gelee beziehen, sind bei meinem Kind nicht bekannt.

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_