

Dokumentation Gruppenprophylaktischer Maßnahmen gemäß § 21 SGB V - Kindergarten / Kita

Bitte reichen Sie die Dokumentation bis zum 31.08. eines Jahres für das Betreuungsjahr (= 01.08. eines Jahres bis zum 31.07. des Folgejahres) bei Ihrem örtlichen Arbeitskreis ein.

Arbeitskreis Zahngesundheit
im Kreis Minden-Lübbecke
Portastraße 13
32423 Minden

(Adresse des örtlichen Arbeitskreises)

Adresse des besuchten Kindergartens bzw. der Kindertagesstätte:

BETREUUNGSJAHR (Pro Betreuungsjahr und Einrichtung nur 1 Bogen ausfüllen):

Anzahl gemeldeter Kinder im Kindergarten / in der Kita

davon Kinder unter 3 Jahren (sog. U3-Kinder)

Anzahl der tatsächlich vorhandenen Gruppen im Kindergarten / in der Kita

davon reine U3-Gruppen

Kinderbetreuung 1. Impuls im Kindergarten / in der Kita	Anzahl erreichter Kinder:	<input type="text"/>	Datum der Aktivität:	<input type="text"/>
	Anzahl erreichter Gruppen:	<input type="text"/>		
Kinderbetreuung 2. Impuls im Kindergarten / in der Kita	Anzahl erreichter Kinder:	<input type="text"/>	Datum der Aktivität:	<input type="text"/>
	Anzahl erreichter Gruppen:	<input type="text"/>		
Kinderbetreuung 3. Impuls im Kindergarten / in der Kita	Anzahl erreichter Kinder:	<input type="text"/>	Datum der Aktivität:	<input type="text"/>
	Anzahl erreichter Gruppen:	<input type="text"/>		
Kinderbetreuung 4. Impuls im Kindergarten / in der Kita	Anzahl erreichter Kinder:	<input type="text"/>	Datum der Aktivität:	<input type="text"/>
	Anzahl erreichter Gruppen:	<input type="text"/>		
Information der Eltern	Anzahl erreichter Eltern:	<input type="text"/>	Datum der Aktivität:	<input type="text"/>
Information der Erzieher/innen	Anzahl erreichter Erzieher/innen:	<input type="text"/>	Datum der Aktivität:	<input type="text"/>
Besuch der betreuten Kinder in den Räumen der zahnärztlichen Praxis	Anzahl erreichter Kinder:	<input type="text"/>	Datum der Aktivität:	<input type="text"/>
	Anzahl erreichter Gruppen:	<input type="text"/>		

Weitere Aktivitäten / Anmerkungen:

Hiermit bestätige ich, dass ich den oben genannten Kindergarten gemäß Anlage 2 der Rahmenvereinbarung des Arbeitskreises Zahngesundheit Westfalen-Lippe betreut habe.



Datum

(Unterschrift und Abrechnungstempel des/der Betreuungszahnarztes/-ärztin)

(Unterschrift des/der Vorsitzenden des örtlichen Arbeitskreises)