

# 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  
Westfalen Lippe  
in den Kreisen  
Siegen-Wittgenstein und Olpe  
Westfälische Straße 75  
57462 Siegen**

(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

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

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)