

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 Str. 11 57462 Olpe	Adresse des besuchten Kindergartens bzw. der Kindertagesstätte:
	BETREUUNGSJAHR (Pro Betreuungsjahr und Einrichtung nur 1 Bogen ausfüllen):

(Adresse des örtlichen Arbeitskreises)

Anzahl gemeldeter Kinder im Kindergarten / in der Kita		Anzahl der <u>tatsächlich</u> vorhandenen Gruppen im Kindergarten / in der Kita	
davon Kinder unter 3 Jahren (sog. U3-Kinder)		davon reine U3-Gruppen	

Kinderbetreuung 1. Impuls im Kindergarten / in der Kita	Anzahl erreichter Kinder:		Datum der Aktivität:	
	Anzahl erreichter Gruppen:			
Kinderbetreuung 2. Impuls im Kindergarten / in der Kita	Anzahl erreichter Kinder:		Datum der Aktivität:	
	Anzahl erreichter Gruppen:			
Kinderbetreuung 3. Impuls im Kindergarten / in der Kita	Anzahl erreichter Kinder:		Datum der Aktivität:	
	Anzahl erreichter Gruppen:			
Kinderbetreuung 4. Impuls im Kindergarten / in der Kita	Anzahl erreichter Kinder:		Datum der Aktivität:	
	Anzahl erreichter Gruppen:			
Information der Eltern	Anzahl erreichter Eltern:		Datum der Aktivität:	
Information der Erzieher/innen	Anzahl erreichter Erzieher/innen:		Datum der Aktivität:	
Besuch der betreuten Kinder in den Räumen der zahnärztlichen Praxis	Anzahl erreichter Kinder:		Datum der Aktivität:	
	Anzahl erreichter Gruppen:			
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 Abrechnungsstempel des/der Betreuungszahnarztes/-ärztin)	(Unterschrift des/der Vorsitzenden des örtlichen Arbeitskreises)
-------	--	--