

Patenschaftsprogramm in Kindergärten (A1-Bogen Schleswig-Holstein)

Dokumentationsjahr 20__ / __
(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.

LAJ 01/2023

An die regionale Kreisarbeitsgemeinschaft (KAG):

Absender: _____ (Praxisstempel)

Kindergarten: _____
Code-Nr.: _____
(Vierstellige Codenummer liegt der KAG/ dem Koordinator vor)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Betreuung des kompletten Kindergartens <i>oder</i> | <input type="checkbox"/> Erste Betreuung im laufenden Schuljahr <i>oder</i> |
| <input type="checkbox"/> Teilgruppe (z. B. nur ältere Kinder) | <input type="checkbox"/> 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 nur als Theorieimpuls! | _____ erreichte Kinder theoretische Prophylaxe „kurz“ (ca. 10-15 Minuten, auch Praxisbesichtigung usw.) Beim selben Besuch nur theoretische Prophylaxe „lang“ oder „kurz“ eintragen! |
|--|---|---|

Durchführende: Zahnarzt/-ärztin Zahnarzhelferin/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 nur als Theorieimpuls! | _____ erreichte Kinder theoretische Prophylaxe „kurz“ (ca. 10-15 Minuten, auch Praxisbesichtigung usw.) Beim selben Besuch nur theoretische Prophylaxe „lang“ oder „kurz“ eintragen! |
|--|---|---|

Durchführende: Zahnarzt/-ärztin Zahnarzhelferin/Prophylaxehelferin/ZMF

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

Abrechnung:

Nur möglich, wenn der vollständig ausgefüllte Bogen 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 **80,- Euro** = _____ , - Euro
_____ Std. ZFA je **25,- Euro** = _____ , - Euro
Überweisungsbetrag = _____ , - Euro

IBAN: DE _____

Institut: _____

(Unterschrift Zahnarzt/-ärztin, Datum)

(Bankverbindung)