LAGZ Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege e.V.
Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (AGZ)
Vorderpfalz
Friedensstr. 77
67067 Ludwigshafen



Telefon: 0621 / 520 78 74
agz.vorderpfalz@lagz-rlp.de

An die/den Erziehungsberechtigte(n) von:

.....
Name des Kindes

Liebe Eltern,

bei der heutigen zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung Ihres Kindes nach § 21 Abs. 1 Sozialgesetzbuch V wurde festgestellt:

1 ☐ Herzlichen Glückwunsch! Die Zähne Ihres Kindes sind **naturgesund.** Dennoch sollten Sie 2 x jährlich mit Ihrem Kind Ihre Hauszahnärztin/Ihren Hauszahnarzt aufsuchen.

2 ☐ Die Zähne Ihres Kindes sind bereits behandelt und/oder dringender Behandlungsbedarf wurde nicht festgestellt. Dennoch sollten Sie 2 x jährlich mit Ihrem Kind Ihre Hauszahnärztin/Ihren Hauszahnarzt aufsuchen. Ein Zahnarztbesuch dient nicht nur der Behandlung, sondern auch der Vorsorge.

3 ☐ Die Milchzähne und/oder bleibenden Zähne Ihres Kindes sollten **behandelt** werden. Wir empfehlen Ihnen deshalb, mit Ihrem Kind baldmöglichst Ihre Hauszahnärztin/Ihren Hauszahnarzt aufzusuchen. Übergeben Sie dabei bitte die beigefügte Rückmeldung.

4 ☐ Das Gebiss Ihres Kindes bedarf einer **erhöhten zahnärztlichen Beobachtung und/oder vorsorgenden Betreuung.** Wir empfehlen Ihnen zur Beratung Ihre Hauszahnärztin/Ihren Hauszahnarzt aufzusuchen.

5 ☐ Bei Ihrem Kind ist gegebenenfalls eine **kieferorthopädische Beratung/Behandlung** erforderlich. Bitte wenden Sie sich an Ihre Hauszahnärztin/Ihren Hauszahnarzt oder an Ihre Kieferorthopädin/Ihren Kieferorthopäden.

6 ☐ Ihr Kind hat an der Untersuchung **nicht** teilgenommen. Wir empfehlen Ihnen baldmöglichst eine Vorsorgeuntersuchung bei Ihrer Hauszahnärztin/Ihrem Hauszahnarzt durchführen zu lassen, sofern Ihr Kind nicht schon innerhalb der letzten 6 Monate von einer Zahnärztin/einem Zahnarzt untersucht wurde.

Wir empfehlen:

☐ ggf. eine Fissurenversiegelung vornehmen zu lassen.

☐ einen Zahnarztbesuch wegen dem Verdacht auf eine Schmelzbildungsstörung.

Bitte nehmen Sie dieses Schreiben zur nächsten zahnärztlichen Beratung/Behandlung mit. Sofern diesem Schreiben ein Rückmeldeformular beiliegt, geben Sie bitte auch dieses ausgefüllt und unterschrieben in der Zahnarztpraxis ab. Denken Sie bitte auch an die Vorlage Ihrer Krankenversichertenkarte. Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Schulzahnärztin/ Ihr Schulzahnarzt