

## Abrechnung der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe in der Kita

von Zahnarzt/Zahnärztin .....

Ort/Straße .....

Bankverbindung .....

IBAN.: .....BIC: .....

Name der Mitarbeiterin/en<sup>(1)</sup> .....

Name und Ort der Kindertagesstätte .....

Anzahl der betreuten Kinder ..... Anzahl der Ganztagskinder .....

|                                                                                             | Datum | Zeitaufwand angeben<br>(z. B. 1,0, 1,25, 1,5, 1,75 Std.) |                    | Betrag in € |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------|--------------------|-------------|
|                                                                                             |       | Zahnarzt                                                 | ZFA <sup>(1)</sup> |             |
| <b>Baustein 1</b><br>Teambesprechung/Beratungsgespräch<br>mit den ErzieherInnen in der Kita |       |                                                          |                    |             |
| <b>Baustein 2</b><br>Erster Besuch in der Kita<br>„Zahnputzspaß mit Max Schrubbel“          |       |                                                          |                    |             |
| Zweiter Besuch in der Kita<br>„Zahnputzspaß mit Max Schrubbel“                              |       |                                                          |                    |             |
| <b>Baustein 3</b><br>Praxisbesuch beim Patenzahnarzt <sup>(2)</sup>                         |       | Pauschale                                                |                    |             |
| Praxisbesuch beim Patenzahnarzt <sup>(2)</sup>                                              |       | Pauschale                                                |                    |             |
| <b>Baustein 4</b><br>Elternabend oder –nachmittag<br>bzw. Infostand oder Aktionstag         |       | Pauschale ZA                                             |                    |             |
| Infostand oder Aktionstag                                                                   |       | Pauschale ZMF <sup>(1)</sup>                             |                    |             |
|                                                                                             |       | <b>Gesamtbetrag</b>                                      |                    |             |

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel und Unterschrift des Zahnarztes

(1) Die Mitarbeiterin kann z. B. eine ausgebildete ZFA, ZMF, ZMP oder DH sein.

(2) Die Vergütung für den Praxisbesuch gilt für eine Gruppe von 10 bis 20 Kindern.

Aus abschlusstechnischen Gründen muss die Abrechnung **zeitnah** an die zuständige AGZ gesandt werden; spätestens jedoch bis zum 12. Dezember eines jeden Jahres.

Soweit durch den Erhalt der Vergütung Steuerpflicht entsteht, obliegt dem Zahnarzt die Abführung der Steuer selbst.

**Bitte wenden und Rückseite ausfüllen. Danke!**

|                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Rechnung geprüft - Beleg-Nr.</b> _____<br>Betrag: _____ € Buchungsko. _____<br>sachl. u. rechn. richtig: _____<br>geprüft: _____<br>überwiesen am: _____ |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

# Dokumentation (bitte ausfüllen)

Um das gemeinsame Konzept der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe in den Kindertagesstätten fortentwickeln zu können und gleichzeitig der gesetzlichen Forderung (§ 21 SGB V) nach Dokumentation gerecht zu werden, bitten wir Sie um Beantwortung der nachstehenden Fragen:

## Teambesprechung/Beratungsgespräch mit ErzieherInnen in der Kita

Anmerkung: .....

.....

.....

## Mundhygiene

- ☐ Ganzjähriges tägliches Zähneputzen
- ☐ Ganzjähriges tägliches Zähneputzen mit den Ganztagskindern
- ☐ Zähneputzen während dem Projekt
- ☐ kein Zähneputzen, Grund: .....

## Praxisbesuch beim Patenzahnarzt

Der Praxisbesuch fand mit .....Kindern / .....Gruppen statt.

## Elternabend

- ☐ klassischer Elternabend
- ☐ Nachmittagsveranstaltung
- ☐ Betreuter Infostand in der Kita
- ☐ Aktionstag in der Kita

Teilnehmerzahl Eltern: .....

## Referenten

- ☐ Patenzahnarzt, evtl. Korreferenten:
  - ☐ Ernährungsberaterin
  - ☐ MitarbeiterIn aus der AGZ-Geschäftsstelle
  - ☐ Sonstige .....

## Ernährung

- ☐ Zuckerfreier Vormittag wird in der Kita umgesetzt
- ☐ Zahngesundes Frühstück wird regelmäßig angeboten

## Medieneinsatz

Folgende Medien/Materialien wurden in der Kita eingesetzt:

.....

.....

## Projektdauer

(in dieser Zeit befassen sich die Erzieher/innen und die Kinder mit dem Thema Zähne und Zahngesundheit)

- ☐ 1 bis 2 Wochen
- ☐ 2 bis 3 Wochen
- ☐ 3 bis 4 Wochen

## Bemerkungen

.....

.....

Vielen Dank für Ihre Angaben!