Arbeitskreis Jugendzahnpflege Patenschaftszahnarzt/ärztin BE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mainluststraße 17 (wird vom AKJ eingetragen)

60329 Frankfurt

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FAX:** **069 – 23 99 39**

**Mail:** **jzd@akj-frankfurt.de** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 LAGH-Nr.: **4.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Stammdatenblatt bitte bis zum 16.03.2018 an den AKJ zurück senden!**

Name der Einrichtung: Klicken, um Name einzugeben .

Straße und Hausnr.: Klicken, um Straße einzugeben.

PLZ und Ort: Klicken, um PLZ und Ort einzugeben

Mail-Adresse: Klicken, um Mail-Adresse einzugeben.

Telefon: Klicken,um Vorwahl und Telefonnr. einzugeben.

FAX: Klicken, um FAX-Nr. einzugeben.

Träger: Klicken, um Namen des Trägers einzugeben.

Leiterin / Leiter: Klicken, um Vor-und Nachname einzugeben.

Stellvertr.: Klicken, um Vor-und Nachname einzugeben.

Ansprechpartner für die Gruppenprophylaxe: Klicken, um Vor- und Nachnamen einzugeben.

**Unsere Einrichtung hat**:

Anzahl Krippegruppen: **Klicken, um Anzahl einzugeben.**

Anzahl der Regelgruppen: **Klicken, um Anzahl einzugeben.**

Anzahl altersgemischte Gruppen (Familiengruppen) **Klicken, um Anzahl einzugeben.**

Anzahl Inklusionsgruppen: **Klicken, um Anzahleinzugeben.**

**Unsere Einrichtung betreut:**

Anzahl der Kleinkinder bis 3 Jahre: **Klicken, um Anzahl einzugeben.**

Anzahl Kinder ab 3 Jahre: **Klicken, um Anzahl einzugeben.**

Anzahl Hortkinder: **Klicken, um Anzahl einzugeben.**

Sind Kinder einer Altersgruppe nicht vertreten, tragen Sie bitte eine **„0“** ein

**Das wird in unserer Einrichtung bereits umgesetzt:**

**KAIplus üben**

Erzieher/-innen, die gemeinsam mit den Kindern täglich KAIplus üben: **Anzahl eingeben.**

Kleinkinder U3 dürfen täglich nach dem Frühstück KAIplus üben: **Anzahl eingeben.**

Kleinkinder U3 dürfen täglich nach dem Mittagessen KAIplus üben : **Anzahl eingeben.**

Kinder ab 3 Jahre dürfen täglich nach dem Frühstück KAIplus üben : **Anzahl eingeben.**

Kinder ab 3 Jahre dürfen täglich nach dem Mittagessen KAIplus üben: **Anzahl einzeben.**

Hortkinder dürfen täglich nach dem Mittagessen KAI üben: **Anzahl eingeben.**

Sind Kinder einer Altersgruppe nicht vertreten tragen Sie bitte einen „0“ein.

Wir möchten das KAIplus-Training einführen und wünschen Unterstützung **JA**[ ]

**Zuckerfreier Vormittag**

In unserer Einrichtung trinken alle Kinder ausschließlich

Wasser / Mineralwasser /ungesüßten Tee (keine Schorle / kein Saft) **JA** [ ]  **NEIN** [ ]

alle Kinder bekommen täglich ein kauaktives Frühstück,

im Sinne des Zuckerfreien Vormittags **JA** [ ]  **NEIN** [ ]

Wir informieren alle Eltern,

dass sie verantwortlich für gesunde Milchzähne sind und abends

die Zähne ihrer Kinder von allen Seiten sauber putzen müssen **JA** [ ]  **NEIN** [ ]

**Fortbildungen**

Wir haben bereits die BASIS-Fortbildung für pädagogische Fachkräfte  **Jahreszahl eingeben.**

besucht und wünschen eine Schulung unseres gesamten Teams zum Konzept

des Zuckerfreien Vormittags in unserer Einrichtung und bitten um Kontaktaufnahme. **JA** [ ]

Sind Sie mit der Arbeit Ihres Patenschaftsteams bzw. den Fachberaterinen für Gruppenprophylaxe

des Arbeitskreises Jugendzahnpflege zufrieden?

Ja[ ] einiger Maßen[ ] Nein[ ] wir haben noch kein Patenschaftsteam[ ]

Unsere Wünsche, Anregungen, Kritik an den Arbeitskreis: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Vielen Dank, dass Sie sich Zeit genommen haben, die Datenabfrage zu beantworten.**