

ARBEITSKREIS FÜR ZAHNÄRZTLICHE VORSORGE MEDIZIN
PROJEKT APOLLONIA 2020

Neue Herrengasse 10/3. Stock, 3100 St. Pölten
 Tel.: 02742/23894, Fax: 02742/23894 - 11
 E-mail: office@aks-zavomed.at
 ZVR: 409289253



DOKUMENTATIONSBLATT

PROJEKT APOLLONIA 2020

Bezirk:

LKG –

Dienstst.Nr.:

Adresse:

PLZ / Ort:

e-mail:

Tel.:

Fax:

Gesamte Gruppenanzahl:

Patenzahnarzt/-ärztin: **Tel. Ord.:**

Name der/des ZGE: **Tel. Büro:** 02742/23894 DW 26 oder 27

Untersuchung(en) durch den Zahnarzt /die Zahnärztin:

Datum der Untersuchung	Gruppe (1, 2 etc.)	Gesamtzahl der Kinder	Anzahl der untersuchten Kinder	Unterschrift des Zahnarztes / der Zahnärztin	Unterschrift der Kindergartenpädagogin
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Besuche der Zahngesundheitserzieherin/des Zahngesundheitserziehers:

Datum des Besuches	Gruppe (1,2 etc.)	Gesamtzahl der Kinder	Anzahl der teilnehmenden Kinder	Unterschrift der ZGE / des ZGE	Unterschrift der Kindergartenpädagogin
1					
2					
3					
4					



Datum des Besuches	Gruppe (1,2 etc.)	Gesamtzahl der Kinder	Anzahl der teilnehmenden Kinder	Unterschrift der ZGE / des ZGE	Unterschrift der Kindergartenpädagogin
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					

Elterninformationsveranstaltung (z.B. Elternabend):

Zutreffendes bitte ankreuzen!

- abgehalten von Zahnarzt / Zahnärztin
 ZGE
 Diätologe/in / Ernährungswissenschaftler/in

abgehalten am von bis Uhr

Teilnehmerzahl

Raum für Anmerkungen:

Für die Kindergartenleitung:

.....
Datum

.....
Stampiglie, Unterschrift

Dieses Dokumentationsblatt bitte bis zum Ende des aktuellen Kindergartenjahres vollständig ausgefüllt an den AKS-ZAVOMED, Fr. Renate Stummer, Kontaktdaten s. Briefkopf, senden, mailen oder faxen. (Bitte vorher für eventuelle Rückfragen bzw. zur eigenen Aufbewahrung kopieren).