



DOKUMENTATIONSBLATT

PROJEKT APOLLONIA NÖ

Schule

SKZ-Nr.:

Adresse:

PLZ / Ort:

E-Mail:

Tel.:

Fax:

Patenzahnarzt/-ärztin:

Tel. Ord.:

Name der/des ZGE:

Tel. Büro: 02742/23894 DW 26 oder 27

Untersuchung(en) durch die Zahnärztin / den Zahnarzt:

Datum der Untersuchung	Untersuchung in der Ordination (wenn ja, bitte ankreuzen)	Klasse (1, 2 etc.)	Gesamtzahl der Kinder	Anzahl der untersuchten Kinder	Unterschrift des Zahnarztes/ der Zahnärztin	Unterschrift des/der Lehrers/Lehrerin
1	<input type="checkbox"/>					
2	<input type="checkbox"/>					
3	<input type="checkbox"/>					
4	<input type="checkbox"/>					
5	<input type="checkbox"/>					
6	<input type="checkbox"/>					
7	<input type="checkbox"/>					
8	<input type="checkbox"/>					

Besuche der Zahngesundheitserzieherin / des Zahngesundheitserziehers:

Datum des Besuches	Ankunft	Abfahrt	Klasse (1,2 etc.)	Gesamtzahl der Kinder	Anzahl der teilnehmenden Kinder	Unterschrift des/der Zahngesundheitserzieherin	Unterschrift des/der Lehrers/Lehrerin
1							
2							
3							
4							
5							
6							

Datum des Besuches	Ankunft	Abfahrt	Klasse (1,2 etc.)	Gesamtzahl der Kinder	Anzahl der teilnehmenden Kinder	Unterschrift des/der Zahngesundheitszieherin	Unterschrift des/der Lehrers/Lehrerin
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							

Elterninformationsveranstaltung (z.B. Elternabend):

Zutreffendes bitte ankreuzen

- abgehalten von Patenahnarzt/-ärztin
 Zahngesundheitserzieher/-in
 Diätologe/in / Ernährungswissenschaftler/in

abgehalten am von bis Uhr

Teilnehmerzahl

Raum für Anmerkungen:

Zur Information: Auf unserer Homepage www.apollonia-noe.at informieren wir über unser Projekt, aber auch über Ihre Kritik, Anregungen und natürlich auch Ihre positiven Reaktionen, die Sie uns hier mitteilen.

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie zu, dass Ihre Anmerkungen gegebenenfalls auf unserer Homepage veröffentlicht werden. Sollten Sie auf keinen Fall eine Veröffentlichung wünschen, kreuzen Sie bitte unten den Widerruf an. Außerdem können Sie auch später jederzeit eine Löschung Ihres Eintrages beantragen – ein einfaches Mail an datenschutz@aks-zavomed.at genügt.

Für die Schulleitung:

.....
Datum

.....
Stampiglie, Unterschrift

Widerruf: Ich wünsche keinerlei Veröffentlichung meiner Anmerkung

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