

ARBEITSKREIS FÜR ZAHNÄRZTLICHE VORSORGE MEDIZIN
PROJEKT APOLLONIA 2020

Neue Herrngasse 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

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 den Zahnarzt/die Zahnärztin:

	Datum der Untersuchung	Klasse (1.,2., etc.)	Gesamtzahl der Kinder	Anzahl der untersuchten Kinder	Unterschrift des Zahnarztes / der Zahnärztin	Unterschrift des/der Lehrers/Lehrerin
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Besuche der Zahngesundheitserzieherin/des Zahngesundheitserziehers:

	Datum des Besuches	Klasse (1,2, etc.)	Gesamtzahl der Kinder	Anzahl der teilnehmenden Kinder	Unterschrift der ZGE / des ZGE	Unterschrift des/der Lehrers/Lehrerin
1						
2						
3						



	Datum des Besuches	Klasse (1,2, etc.)	Gesamtzahl der Kinder	Anzahl der teilnehmenden Kinder	Unterschrift der ZGE / des ZGE	Unterschrift des/der Lehrers/Lehrerin
4						
5						
6						
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 Zahnarzt / Zahnärztin
 ZGE
 Diätologe/in / Ernährungswissenschaftler/in

abgehalten am von bis Uhr

Teilnehmerzahl

Raum für Anmerkungen:

Für die Schulleitung:

.....
Datum

.....
Stampiglie, Unterschrift

Dieses Dokumentationsblatt bitte bis zum Ende des aktuellen Schuljahres 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).