

Dokumentation Gruppenprophylaktischer Maßnahmen gemäß § 21 SGB V - Kindergarten / Kita

Bitte reichen Sie die Dokumentation bis zum 31.08. eines Jahres für das Betreuungsjahr (= 01.08. eines Jahres bis zum 31.07. des Folgejahres) bei Ihrem örtlichen Arbeitskreis ein.

Arbeitskreis Zahngesundheit WL  
im Kreis Coesfeld  
Ostdamm 119  
48249 Dülmen

(Adresse des örtlichen Arbeitskreises)

Adresse des besuchten Kindergartens bzw. der Kindertagesstätte:

BETREUUNGSJAHR (Pro Betreuungsjahr und Einrichtung nur 1 Bogen ausfüllen):  
2025/2026

Anzahl gemeldeter Kinder im Kindergarten / in der Kita

davon Kinder unter 3 Jahren (sog. U3-Kinder)

Anzahl der tatsächlich vorhandenen Gruppen im Kindergarten / in der Kita

davon reine U3-Gruppen

|                                                                     |                                   |  |                      |  |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--|----------------------|--|
| Kinderbetreuung 1. Impuls im Kindergarten / in der Kita             | Anzahl erreichter Kinder:         |  | Datum der Aktivität: |  |
|                                                                     | Anzahl erreichter Gruppen:        |  |                      |  |
| Kinderbetreuung 2. Impuls im Kindergarten / in der Kita             | Anzahl erreichter Kinder:         |  | Datum der Aktivität: |  |
|                                                                     | Anzahl erreichter Gruppen:        |  |                      |  |
| Kinderbetreuung 3. Impuls im Kindergarten / in der Kita             | Anzahl erreichter Kinder:         |  | Datum der Aktivität: |  |
|                                                                     | Anzahl erreichter Gruppen:        |  |                      |  |
| Kinderbetreuung 4. Impuls im Kindergarten / in der Kita             | Anzahl erreichter Kinder:         |  | Datum der Aktivität: |  |
|                                                                     | Anzahl erreichter Gruppen:        |  |                      |  |
| Information der Eltern                                              | Anzahl erreichter Eltern:         |  | Datum der Aktivität: |  |
| Information der Erzieher/innen                                      | Anzahl erreichter Erzieher/innen: |  | Datum der Aktivität: |  |
| Besuch der betreuten Kinder in den Räumen der zahnärztlichen Praxis | Anzahl erreichter Kinder:         |  | Datum der Aktivität: |  |
|                                                                     | Anzahl erreichter Gruppen:        |  |                      |  |

Weitere Aktivitäten / Anmerkungen:

Hiermit bestätige ich, dass ich den oben genannten Kindergarten gemäß Anlage 2 der Rahmenvereinbarung des Arbeitskreises Zahngesundheit Westfalen-Lippe betreut habe.

