

PATENSCHAFTSVERTRAG

für das Schuljahr
zwischen der

LANDESARBEITSGEMEINSCHAFT Jugendzahnpflege Thüringen e. V.

regionaler Arbeitskreis: :

und

dem ZAHNARZT

der ZAHNÄRZTIN

(Praxisanschrift)

zur gruppenprophylaktischen Betreuung

der KINDERTAGESSTÄTTE

(genaue Anschrift)

Anzahl der Kinder gesamt

für das Schuljahr

(1) Der Patenzahnarzt verpflichtet sich mit diesem Vertrag gegenüber der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Thüringen e.V. zur gruppenprophylaktischen Betreuung bei mindestens 75 % der zwei- bis sechsjährigen Kinder der o.g. Kindertagesstätte (Kita) für die Dauer eines Schuljahres sowie zu heranführenden Maßnahmen in der Altersgruppe unter zwei Jahren.

(2) Die gruppenprophylaktischen Maßnahmen sind einheitlich auf der Grundlage der Rahmenvereinbarung (§ 6) der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege zu erbringen.

- vier Aktionen im Schuljahr in regelmäßigen Abständen (je Quartal)
- die Maßnahmen sind im Aktionsraster (Anlage 1) beschrieben

(3) Der Zahnarzt führt die Maßnahmen persönlich durch. Der Zahnarzt kann die Aufgaben nur an eine ausgebildete Prophylaxefachkraft oder Zahnmedizinische Fachassistentin mit entsprechenden Qualifikationen delegieren.

(4) Die Durchführung der im Aktionsraster beschriebenen Maßnahmen ist im Nachweis (Anlage) zu dokumentieren. Grundlage für die Vergütung ist die Abgabe der vollständig ausgefüllten A1-Bögen (Anlage).

(5) Der zuständige Arbeitskreis Jugendzahnpflege hat die uneingeschränkte Mitarbeit der Kita sicherzustellen.

(6) Im Interesse einer kontinuierlichen Betreuung der Kita soll bei Ausscheiden des Patenzahnarztes in Absprache mit der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Thüringen e.V. eine nachfolgende Betreuung eingeführt werden. Die Benennung der Nachfolge regeln die Arbeitskreise.

(7) Der Patenschaftsvertrag ist erst mit der Unterschrift des Arbeitskreisvorsitzenden wirksam.

(8) Alle Veränderungen sind der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Thüringen e.V. mitzuteilen..

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patenzahnarztes/der Patenzahnärztin
Praxisstempel

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift der Einrichtungsleiterin/des Einrichtungsleiters
Stempel

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift der/s Arbeitskreisvorsitzenden