



Einverständniserklärung zur zahnärztlichen Untersuchung in unseren Kindertageseinrichtungen

Sehr geehrte Eltern,

der örtliche Träger der öffentlichen Jugendhilfe hat in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt für eine begleitende zahnärztliche Untersuchung in unseren Kindertageseinrichtungen zu sorgen. (KiFöG § 18 (2) sowie das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst LSA)

Wir bieten Ihnen einmal jährlich eine zahnärztliche Untersuchung durch den Jugendzahnärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes an. Das Untersuchungsergebnis wird Ihnen als Erziehungsberechtigte schriftlich mitgeteilt. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Befund-Daten erfolgt nach §4 (1) des Gesetzes zum Schutz personenbezogener Daten der Bürger und der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Die Angaben werden in anonymisierter Form für die jährliche Gesundheitsberichterstattung genutzt. Die schriftliche Dokumentation der Reihenuntersuchung und der gruppenprophylaktischen Betreuung erfolgt im Zahngesundheitspass, der im U-Heft Ihres Kindes enthalten ist. Sollten Sie nicht im Besitz eines Zahngesundheitspasses sein, wird dieser vom Jugendzahnärztlichen Dienst ausgegeben.

Für Fragen und weiteren Informationen steht Ihnen der Jugendzahnärztliche Dienst des Gesundheitsamtes des Landkreises zur Verfügung.

Vorname des Kindes: _____
Nachname des Kindes: _____
Geburtsdatum: _____
Straße/Hausnr.: _____
PLZ/Ort: _____

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind während seiner Kindergartenzeit an der Jugendzahnärztlichen Untersuchung durch einen Zahnarzt teilnimmt und die Daten in anonymisierter Form entsprechend verwendet werden. Die Einwilligung gilt ab Datum der Unterschrift.

Name des/der Erziehungsberechtigten: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift aller
Erziehungsberechtigten: _____

Änderungen bitte umgehend der Einrichtungsleitung mitteilen!