



Einwilligung

zur Teilnahme an der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe einschließlich der zahnärztlichen Untersuchung und Datenverarbeitung durch den Fachbereich Gesundheit

Wir willigen/Ich willige hiermit ein,

1. dass unser Kind/mein Kind

..... geboren am
(Vor- und Nachname bitte in lesbarer Blockschrift)

an der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe einschließlich zahnärztlicher Untersuchung in der Kinderbetreuungseinrichtung

..... teilnimmt.
(Name der Kinderbetreuungseinrichtung)

2. dass der Zahnärztliche Dienst des Fachbereichs Gesundheit des Landkreises Spree-Neiße/Wokrejs Sprjewja-Nysa
 - Namen, Vornamen und das Geburtsdatum meines/unseres Kindes sowie
 - den Namen der Kinderbetreuungseinrichtungzum Zweck der Vorbereitung der jeweiligen zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe einschließlich zahnärztlicher Untersuchung, bei der besuchten Kinderbetreuungseinrichtung erhebt und bei der Durchführung der zahnärztlichen Untersuchung anfallende Gesundheitsdaten (zahnmedizinische Befunde) erfasst.

Uns/Mir ist bekannt, dass:

- diese Einwilligung zur Teilnahme an der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe einschließlich zahnärztlicher Untersuchung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann. Die Rechtmäßigkeit der zum Widerruf erfolgten Verarbeitung der Daten bleibt im Falle dieses Widerrufs unberührt.
- falls keine Einwilligung erteilt wird, unser/mein Kind nicht an den Maßnahmen der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe einschließlich zahnärztlicher Untersuchung durch den Zahnärztlichen Dienst des Fachbereichs Gesundheit, auf die das Kind einen gesetzlichen Anspruch hat, teilnehmen kann und
- wir/ich auf die Information zur zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe einschließlich der Datenverarbeitung hingewiesen wurden/wurde.

Ort, Datum, Namen und Vornamen der unterzeichnenden Personen in Blockschrift

Unterschriften der Sorgeberechtigten*

*Unterschreibt eine sorgeberechtigte Person allein, erklärt sie zugleich mit ihrer Unterschrift, dass ihr das Sorgerecht allein zusteht oder, dass sie im Einverständnis mit der anderen sorgeberechtigten Person handelt