

Liebe Eltern und Erziehungsberechtigte,

wir möchten Sie dabei unterstützen, die Zähne Ihres Kindes gesund zu erhalten, denn „Gesunde Zähne ein Leben lang“ sind ein erreichbares Ziel.

Neben gruppenprophylaktischen Maßnahmen, die durch unsere Prophylaxefachkräfte erfolgen, findet die zahnärztliche Untersuchung durch die Zahnärztin des Jugendzahnärztlichen Dienstes des Landkreises Ammerland in Kindergärten und Schulen statt.

Gesetzliche Grundlage: § 5 NGöGD (Kinder- und Jugendgesundheit) in Verbindung mit § 21 SGB V (Verhütung von Zahnerkrankungen – Gruppenprophylaxe).

Bei der Untersuchung wird auf mögliche Zahnschäden, Prophylaxebedarf sowie auf Zahn- und Kieferfehlstellungen geachtet. Über das Untersuchungsergebnis werden Sie schriftlich informiert.

Damit Ihr Kind an der freiwilligen zahnärztlichen Untersuchung teilnehmen kann, unterschreiben Sie bitte die Einwilligungserklärung. Diese Einwilligungserklärung gilt für die Verweildauer Ihres Kindes an dieser Einrichtung und kann von Ihnen jederzeit schriftlich widerrufen werden. Sofern Sie der zahnärztlichen Untersuchung zustimmen, erhält der Zahnärztliche Dienst des Landkreises Ammerland im Vorfeld der Untersuchung von der jeweiligen Einrichtung den Namen und das Geburtsdatum Ihres Kindes. Diese Daten sowie das Untersuchungsergebnis werden, entsprechend der gesetzlichen Vorgabe (§ 630f BGB) gespeichert.

Die Untersuchung selbst und die als Teil der medizinischen Dokumentation erhobenen Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB) sowie den geltenden Datenschutzbestimmungen. Ergänzende Informationen zu den gesetzlichen Grundlagen und den Datenschutzbestimmungen entnehmen Sie bitte der Rückseite.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen unter der Rufnummer 04488 565300 gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrage

A. Weiser, Zahnärztin im Gesundheitsamt

Einwilligungserklärung

Bitte mit Kugelschreiber ausfüllen, Zutreffendes ankreuzen

Schule/Kindergarten		Klasse/Gruppe
Nachname des Kindes	Vorname des Kindes	Geburtsdatum

Ja ☐ Wir sind / Ich bin damit einverstanden, dass unser/mein Kind während seiner Schul-/ Kindergartenzeit in der oben genannten Einrichtung an der zahnärztlichen Untersuchung teilnimmt. Diese Erklärung kann von uns/mir jederzeit widerrufen werden.

Nein ☐ Unser / mein Kind soll an der zahnärztlichen Untersuchung nicht teilnehmen.

Ort	Datum	Unterschrift/en der / des Erziehungsberechtigten
-----	-------	--