

# Einwilligung zur Teilnahme an der zahnärztlichen Reihenuntersuchung

Name und Anschrift der Kindertagesstätte:

.....  
.....  
.....

Name des Kindes: .

.....

geb. am:

.....

Die zahnärztlichen Reihenuntersuchungen in den Kitas, Tagespflegereinrichtungen und Schulen durch Zahnarzt\*innen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sind ein wichtiger Beitrag zur Mundgesundheit der Kinder.

Diese zahnärztliche Untersuchung ist freiwillig und wird für Ihr Kind nur dann durchgeführt, soweit Sie als sorgeberechtigte Eltern Ihre schriftliche Einwilligung dazu erklärt haben.

Bei Fragen zum Ablauf bzw. zur Verarbeitung der personenbezogenen Daten im Rahmen der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung wenden Sie sich bitte an die Kita-Leitung.

Ich erkläre mich/Wir erklären uns\* damit einverstanden, dass unser Kind an der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung am ..... teilnimmt.

Über das Untersuchungsergebnis möchte/n ich/wir\* gern unterrichtet werden.

\* Nichtzutreffendes streichen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschriften aller Personensorgeberechtigter