

### Zahnärztliche Untersuchung in der Schule

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

der Jugendzahnärztliche Dienst des Landkreises Hildesheim betreut die Schule Ihres Kindes. Gemeinsam mit Ihnen möchten wir die Zähne Ihres Kindes gesund erhalten. Dafür bieten wir einmal im Jahr eine zahnärztliche Untersuchung an. Die Teilnahme an der Untersuchung ist freiwillig. Wenn Sie dieses Angebot nicht nutzen möchten, entstehen keine Nachteile für Sie oder Ihr Kind. Der Jugendzahnärztliche Dienst kann Sie dann jedoch nicht auf mögliche Zahnschäden Ihres Kindes aufmerksam machen.

Damit Ihr Kind an der Untersuchung teilnehmen kann, bitten wir Sie, mit diesem Formular Ihr schriftliches Einverständnis zu geben. Diese Einverständniserklärung gilt bis auf Widerruf für die gesamte Schulzeit. Der Widerruf ist an die oben genannte Adresse zu richten. Vor der zahnärztlichen Untersuchung werden der Name, das Geburtsdatum und die Anschrift Ihres Kindes an den Jugendzahnärztlichen Dienst weitergegeben. Wir weisen darauf hin, dass diese Daten und der Befund Ihres Kindes im Jugendzahnärztlichen Dienst gespeichert und zehn Jahre nach Ende der Schulzeit gelöscht werden. Dritte werden keinen Zugang zu diesen Daten haben. Die Vorschriften des niedersächsischen Datenschutzgesetzes werden selbstverständlich eingehalten.

Die Untersuchung findet in den Räumlichkeiten der Schule Ihres Kindes statt. Es können ggf. auch Dritte (LehrerInnen oder andere Kinder) bei der zahnärztlichen Untersuchung Ihres Kindes anwesend sein. Wenn wir einen auffälligen Befund feststellen, erhalten Sie im Anschluss einen Brief mit dem Ergebnis der Untersuchung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Jugendzahnärztlicher Dienst

### Einverständniserklärung für die Schulzeit

Ich bin/wir sind damit

**einverstanden**

**nicht einverstanden**

dass mein Kind an den zahnärztlichen Untersuchungen des Jugendzahnärztlichen Dienstes teilnimmt.

Name, Vorname des Kindes:

Schule:

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort):

Name, Vorname des oder der sorgeberechtigten Person(en):

Ort, Datum, Unterschrift des oder der sorgeberechtigten Person(en)