



Einwilligungserklärung zur zahnärztlichen Untersuchung in der Kindertageseinrichtung

Sehr geehrte Eltern, sehr geehrte Sorgeberechtigte,

gesunde Zähne und gesundes Zahnfleisch sind Voraussetzungen für gesundes Aufwachsen und Leben. Gesunde Zähne sind nicht nur wichtig für das Kauen unserer Mahlzeiten, sondern u.a. auch für die Sprachentwicklung. Tägliches regelmäßiges Zähneputzen, z. B. morgens und abends, hilft als Schutz vor Zahnerkrankungen.

Teilnahme an der zahnärztlichen Untersuchung in der Kindertageseinrichtung Ihres Kindes

Eine Zahnärztin oder ein Zahnarzt kommt in der Regel jedes Jahr in die Kindertageseinrichtung und führt die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung bei den Kindern durch. Die Untersuchung erfolgt im Auftrag der Landesarbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit Baden-Württemberg e. V. - regionale Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit Landkreis Ludwigsburg (Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit) oder vom Gesundheitsamt. Die Teilnahme an der Untersuchung ist freiwillig. Der Zahnbefund Ihres Kindes wird beim zuständigen Gesundheitsamt dokumentiert und vier Jahre nach termingerechter Einschulung gelöscht.

Die Untersuchungsergebnisse werden für die Gesundheitsberichterstattung des zuständigen Gesundheitsamts und - in anonymisierter Form - des Landesgesundheitsamts (LGA) genutzt. Bitte erteilen Sie uns mittels beigefügter Erklärung (auf der Rückseite) Ihre Einwilligung zur Teilnahme an den regelmäßig stattfindenden zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen. Über das Ergebnis der zahnärztlichen Untersuchung werden wir Sie informieren. Dazu werden wir Ihrem Kind einen mit Namen versehenen verschlossenen Formularbrief aushändigen.

Sofern Sie in der Teilnahme an der Untersuchung durch einen Zahnarzt oder eine Zahnärztin der Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit zustimmen, besteht für die damit verbundene Datenverarbeitung eine gesetzliche Grundlage nach der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) in Verbindung mit dem Landesdatenschutzgesetz, dem Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) sowie dem Sozialgesetzbuch V. Zusätzlich benötigen wir für die Datenverarbeitung Ihre Einwilligung (Erklärung auf der Rückseite). Nähere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie über den nachfolgend angefügten Link: <https://www.landkreis-ludwigsburg.de/de/gesundheits-veterinaerwesen/gesundheitsjugendzahngesundheit/>. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Papierform zu.



Eine Prophylaxefachkraft der Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit wird in der Regel ebenfalls die Einrichtung besuchen. Sie wird die Kinder altersgemäß über die Bedeutung der Mundhygiene, richtiges Zähneputzen und gesunde Ernährung informieren.

Die genauen Termine für die Untersuchung und die Prophylaxe erfahren Sie in der Kindertageseinrichtung.

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne unter folgender Telefonnummer zur Verfügung: 07141/144-2024.

Mit freundlichen Grüßen,

Regionale Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit Ludwigsburg und Zahnärztlicher Dienst des Gesundheitsamts Ludwigsburg

BITTE UMSEITIG ANKREUZEN, UNTERSCHREIBEN UND IN IHRER EINRICHTUNG ABGEBEN!





Die folgenden Einwilligungen gelten ohne ihren Widerruf für die gesamte Dauer der Betreuung des Kindes in der Kindertageseinrichtung. 4 Jahre nach termingerechter Einschulung des Kindes werden die Daten gelöscht.

Sie werden in den folgenden Jahren über die Besuche der Zahnärztinnen und Zahnärzte informiert und können jederzeit und ohne Angabe von Gründen gegenüber der Regionalen Arbeitsgemeinschaft / dem zuständigen Gesundheitsamt die Einwilligung widerrufen.

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung im Rahmen der Gruppenprophylaxe:

Vom Schreiben der Regionalen Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit / des Gesundheitsamtes des Landkreises Ludwigsburg zur Information der Eltern und Sorgeberechtigten über die jährlich stattfindenden Besuche der Zahnärztin oder des Zahnarztes habe ich Kenntnis genommen. Ich bin darüber informiert, dass im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung ein zahnärztlicher Befund erhoben, gespeichert und für die Gesundheitsberichterstattung verarbeitet und in anonymisierter Form weitergegeben wird. Mir ist bekannt, dass **diese Untersuchung freiwillig** ist. Ich bin damit einverstanden, **dass mein Kind von der Zahnärztin oder vom Zahnarzt im Auftrag der regionalen Arbeitsgemeinschaft / des Gesundheitsamts untersucht wird.** Die Dokumentation des Zahnbefunds beim Gesundheitsamt wird **vier Jahre nach termingerechter Einschulung** gelöscht. Der Befund wird mir in einem verschlossenen Formularbrief mitgeteilt. Hierfür werden auch meine personenbezogenen Daten verarbeitet. **Auf eine mündliche Aufklärung verzichte ich.**

Einwilligungserklärung zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten durch die regionale Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit

Ich willige ein, dass die regionale Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit meine (Name, Vorname aus der Unterschrift) und die personenbezogenen Daten meines Kindes (Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht) zum Zwecke der Durchführung der Vorsorgeuntersuchung und der Übermittlung der Untersuchungsergebnisse an das zuständige Gesundheitsamt erhebt und verarbeitet.

Diese Entscheidung zur Verarbeitung meiner und der personenbezogenen Daten meines Kindes treffe ich freiwillig und bin darüber belehrt, dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen von meinem Widerrufsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen kann. Der Widerruf entfaltet keine Wirkung für die Vergangenheit.

- ☐ **Ja**, ich willige in die Teilnahme und die beschriebene Datenverarbeitung ein.
- ☐ **Nein**, ich willige nicht ein.

Bei Fragen können Sie sich unter folgender Telefonnummer weiter informieren: 07141/144-2024.

Kindertageseinrichtung

Gruppe

Name des Kindes

Ort / Datum

Unterschrift einer sorgeberechtigten Person