

Einwilligungserklärung

zur Teilnahme an zahnärztlichen Reihenuntersuchungen
in Kindertagesstätten



Der zahnärztliche Dienst des Märkischen Kreises bietet im Rahmen der gesetzlich vorgesehenen zahnärztlichen Reihenuntersuchungen gem. § 21 SGB V in Kindertagesstätten eine zahnärztliche Untersuchung für Ihr Kind an. Für die Durchführung dieser Untersuchung benötigen wir Ihre schriftliche Einwilligung.

Die Untersuchung dient der frühzeitigen Erkennung von Zahn-, Mund und Kiefererkrankungen sowie der Zahngesundheitsförderung.

Die Untersuchung findet in der vertrauten Umgebung der Einrichtung und in einer entspannten und kindgerechten Atmosphäre statt. Dies stellt eine wertvolle Vorbereitung auf spätere Besuche in einer Zahnarztpraxis dar und kann dazu beitragen, Ängste frühzeitig abzubauen.

Über das Ergebnis der Untersuchung erhalten Sie im Anschluss eine entsprechende Mitteilung.

Durch das Ausfüllen des untenstehenden Abschnitts ermöglichen Sie Ihrem Kind die Teilnahme an der zahnärztlichen Untersuchung. Die Einwilligungserklärung gilt für die **gesamte Kindergartenzeit**. Sie können diese jederzeit ganz oder teilweise und ohne Angaben von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Den Widerruf können Sie per E-Mail an die folgende Adresse senden: zaed@maerkischer-kreis.de

Hiermit willige ich/willigen wir ein, dass mein Kind/unser Kind an den zahnärztlichen Untersuchungen teilnimmt.

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum des Kindes

Datum und Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

