

Sorgeberechtigte(r)

Name, Vorname, Anschrift

Kindertageseinrichtung:Landkreis / Stadt.....
Gesundheitsamt / Zahnärztlicher Dienst

(Stempel Gesundheitsamt/Fachdienst Gesundheit)

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG**zur Teilnahme meines/unseres Kindes an der
in der Kindertageseinrichtung durchgeführten
Vorsorgeuntersuchung durch den
Zahnärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes**

Der/die Sorgeberechtigte(n) erklärt/erklären sich damit einverstanden, dass sein/ihr Kind

Name, Vorname: _____

geboren am: _____

Adresse: _____

(falls abweichend vom Absen-
der) _____an der in der Kindertageseinrichtung angebotenen zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung
teilnimmt und erteilt/erteilen in Bezug auf die anwesenden Erzieher/Praktikanten der
untersuchenden Zahnärztin/dem untersuchenden Zahnarzt des Gesundheitsamtes **Befreiung
von der zahnärztlichen Schweigepflicht.**

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Ja
 Nein

Um die jährliche zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung vorbereiten zu können, benötigt der
Zahnärztliche Dienst Name, Geburtsdatum und Adresse Ihres Kindes. Ich bin/wir sind damit
einverstanden, dass diese Daten durch die Kindertageseinrichtung an den Zahnärztlichen Dienst
übermittelt werden.

- Ja
 Nein

Ohne diese Daten kann keine Untersuchung durchgeführt werden.

Die „Informationen zur Einwilligungserklärung zur Teilnahme meines/unseres Kindes an der in der Kinder-
tageseinrichtung durchgeführten Vorsorgeuntersuchung durch den Zahnärztlichen Dienst des Gesundheits-
amtes“ habe ich/haben wir erhalten und zur Kenntnis genommen.**Diese Einwilligungserklärung gilt für die gesamte Zeit des Aufenthaltes in einer Kindertagesein-
richtung dieses Landkreises bzw. dieser kreisfreien Stadt.
Über Änderungen zu dieser Erklärung ist der Zahnärztliche Dienst schriftlich zu informieren.****Bitte Rückseite beachten!**

Ort

Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte(r)

Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung im Zahnärztlichen Dienst

Hiermit willige ich in die Erhebung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten meines/unseres Kindes durch den Zahnärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes dieses Landkreises/dieser kreisfreien Stadt ein.

Die Datenverarbeitung erfolgt ausschließlich zum Zweck der in der Kindertageseinrichtung durchgeführten zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen und Gruppenprophylaxemaßnahmen.

Eine Weitergabe der Daten erfolgt an das Thüringer Landesverwaltungsamt (TLVwA), Thüringer Landesamt für Statistik (TLS) und die Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Thüringen e.V. (LAGJTh) zu statistischen Zwecken und findet nur in anonymisierter und aggregierter Form statt.
Die Daten werden gemäß gesetzlicher Vorgaben für mindestens 10 Jahre gespeichert.

Für weitere Fragen und Auskünfte stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

**Name, Vorname Sorgeberechtigte(r)
in Druckschrift**

Unterschrift Sorgeberechtigte(r)

Ort, Datum

Anlage:

**Merkblatt zur Erhebung von personenbezogenen Daten
(Informationspflicht nach Art. 13 DS-GVO)**