



REGIONALE ARBEITSGEMEINSCHAFT ZAHNGESUNDHEIT LANDKREIS LUDWIGSBURG

Geschäftsstelle: Dezernat Gesundheit und Verbraucherschutz, Hindenburgstr. 20/1, 71638 Ludwigsburg
Tel. Nr. 07141/144-2024 oder -351; Fax Nr. 07141/144-59512; zahnmedizin@landkreis-ludwigsburg.de

Informationsschreiben zur zahnärztlichen Untersuchung in der Kindertageseinrichtung mit Widerruf

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.

Auch dieses Jahr kommt eine **Zahnärztin oder ein Zahnarzt** im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit in die Kindertageseinrichtung und führt die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung bei den Kindern durch. Die Dokumentation des Zahnbefundes beim Gesundheitsamt wird mit Ablauf von 4 Jahren gelöscht.

Die Teilnahme an der Untersuchung ist freiwillig. Sie können die bereits für die Dauer der Betreuung in der Kindertageseinrichtung erklärte Einwilligung zur Untersuchung und personenbezogenen Verarbeitung der Daten des Kindes als sorgeberechtigte Person jederzeit widerrufen (nutzen Sie dazu z.B. den unteren Abschnitt).

Informationen zum Datenschutz erhalten Sie als PDF auf unserer Homepage:

<https://www.landkreis-ludwigsburg.de/de/gesundheit-veterinaerwesen/gesundheit/jugendzahngesundheit/>.

Auf Wunsch senden wir Ihnen die Informationen auch in Papierform zu.

Über das Ergebnis der zahnärztlichen Untersuchung werden wir Sie informieren. Dazu werden wir Ihrem Kind einen mit Namen versehenen, verschlossenen Formularbrief aushändigen.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne unter folgender Telefonnummer zur Verfügung:
07141/ 144 – 2024 oder - 351

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Regionale Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit Landkreis Ludwigsburg

Hiermit **widerrufe** ich meine Einwilligung zur zahnärztlichen Untersuchung und personenbezogenen Verarbeitung der Daten des Kindes als sorgeberechtigte Person.

Kindertageseinrichtung

Name des Kindes

Ort / Datum

Unterschrift einer sorgeberechtigten Person