

**Landkreis Heidekreis**

Fachbereich Gesundheit

Jugendzahnärztlicher Dienst  
Dierkingstraße 19

29664 Walsrode

**Telefon: 05162 970-911 0**

Liebe Eltern und Erziehungsberechtigte,

gemeinsam mit Ihnen wollen wir die Zähne Ihres Kindes gesund erhalten, denn gesunde Zähne sind nicht nur für das Abbeißen und Kauen wichtig, sondern auch für die richtige Sprachbildung. Daneben sind die Milchzähne Platzhalter für die später kommenden bleibenden Zähne.

Daher führen die Zahnärztinnen unseres Teams in den Kindertagesstätten/Schulen des Landkreises Heidekreis zahnärztliche Untersuchungen durch. Gesetzliche Grundlage dieser Maßnahme ist der § 21 SGB V (Verhütung von Zahnerkrankungen/Gruppenprophylaxe) (siehe Rückseite). Die zahnärztlichen Untersuchungen finden regelmäßig in den Einrichtungen statt und sind für Sie kostenfrei. Die genauen Termine werden Ihnen über Ihr Kind/Aushänge in Ihrer Kindertagesstätte/Schule rechtzeitig bekannt gegeben.

Bei der Untersuchung wird auf mögliche Zahnschäden, Prophylaxebedarf sowie auf Zahn- und Kieferfehlstellungen geachtet. Über das Untersuchungsergebnis werden Sie schriftlich informiert. Zudem tragen die Untersuchungen im vertrauten Umfeld des Kindergartens/der Schule dazu bei, dass die Kinder spielerisch auf zukünftige Zahnarztbesuche vorbereitet werden und diese positiv erleben.

Damit Ihr Kind an dieser freiwilligen zahnärztlichen Untersuchung teilnehmen kann, unterschreiben Sie bitte die Einwilligungserklärung. Diese Erklärung gilt für die Verweildauer Ihres Kindes in dieser Kindertagesstätte/Schule und kann von Ihnen jederzeit schriftlich widerrufen werden (siehe Angaben auf der Rückseite). Sollten Sie unser Untersuchungsangebot für Ihr Kind nicht nutzen wollen, entsteht für Ihr Kind oder Sie kein Nachteil abgesehen davon, dass wir Sie nicht auf möglichen Behandlungsbedarf aufmerksam machen können.

Die Untersuchung selbst und die als Teil der medizinischen Dokumentation erhobenen Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den geltenden Datenschutzbestimmungen. (Einzelheiten hierzu entnehmen Sie bitte der Rückseite.)

Wenn Sie Ihre Einwilligung für die zahnärztliche Untersuchung geben, erhält der Jugendzahnärztliche Dienst von der Kita/Schule den Namen und das Geburtsdatum Ihres Kindes. Diese Daten und das Untersuchungsergebnis werden in einer Patientenakte gespeichert (siehe Rückseite). Sie dienen der Betreuung Ihres Kindes und werden für anonyme Statistiken verwendet. Diese Statistiken dienen der Planung und Verbesserung unserer Vorsorgemaßnahmen.

Das Gesundheitsamt bekommt von der Kita/Schule nur die Einwilligungserklärungen für die Kinder weitergeleitet, die an der Untersuchung teilnehmen sollen.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichem Gruß  
Im Auftrag  
Ihre Jugendzahnärztin

## Einwilligungserklärung

Bitte mit Kugelschreiber ausfüllen, Zutreffendes ankreuzen

Einrichtung	Gruppe/ Klasse	
Nachname des Kindes	Vorname des Kindes	Geburtsdatum

Ja  Wir sind / Ich bin damit einverstanden, dass unser/mein Kind während seiner Verweildauer in der oben genannten Einrichtung an der zahnärztlichen Untersuchung teilnimmt. Diese Erklärung kann von uns/mir jederzeit widerrufen werden.

Nein  Unser / mein Kind soll an der zahnärztlichen Untersuchung nicht teilnehmen.

Ort	Datum	Unterschrift/en der / des Erziehungsberechtigten
-----	-------	--