

Information und Einwilligungserklärung für Dauer der Betreuung (Kindertagesstätte)

Regionale Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit

**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.

Eine Zahnärztin oder ein Zahnarzt kommt im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit in der Regel jedes Jahr 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.** Bitte erteilen Sie uns mittels beigefügter Erklärung (auf der Rückseite) Ihre Einwilligung.

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

Eine Prophylaxefachkraft unserer Arbeitsgemeinschaft 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 erfahren Sie in der Kindertageseinrichtung.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne unter folgender Telefonnummer zur Verfügung: 07321-321-2623, Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit Landkreis Heidenheim.

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Regionale Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit Heidenheim

Die folgende Einwilligung gilt für die gesamte Dauer der Betreuung in der Kindertagesstätte/Einrichtung.

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 Zahngesundheit die Einwilligung widerrufen.

Einwilligungserklärung

Vom Schreiben der Regionalen Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit zur Information der Eltern und Sorgeberechtigten über die jährlich stattfindenden Besuche der Zahnärztin oder des Zahnarztes habe ich Kenntnis genommen.

Ich willige ein, dass mein Kind von der Zahnärztin oder vom Zahnarzt im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit untersucht werden kann. Ich bin darüber informiert, dass ein zahnärztlicher Befund erhoben wird. Auf eine mündliche Aufklärung verzichte ich. Die Dokumentation des Zahnbefunds beim Gesundheitsamt wird mit Ablauf von 4 Jahren gelöscht. Der Befund wird mir in einem verschlossenen Formularbrief mitgeteilt.



Ja



Nein

Bei Fragen können Sie sich unter folgender Telefonnummer weiter informieren:

07321-321-2623

Kindertageseinrichtung

Gruppe

Name des Kindes

Ort / Datum

Unterschrift einer sorgeberechtigten Person