

Einwilligungserklärung zur zahnärztlichen Untersuchung

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen, Zutreffendes ankreuzen und in der Schule abgeben.
Die Einwilligungserklärung wird an das Gesundheitsamt Wolfsburg, Abteilung Kinder- und Jugendzahnärztlicher Dienst, weitergeleitet.

Schule/Klasse		
Nachname des Kindes	Vorname des Kindes	Geburtsdatum
Telefonnummer/E-Mail-Adresse (freiwillige Angaben bei möglichen Rückfragen)		

Bitte ankreuzen!

- Ja, ich bin/wir sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind während seiner Schulzeit in der oben genannten Einrichtung an der zahnärztlichen Untersuchung des Gesundheitsamtes Wolfsburg teilnimmt und willige/n in die dazu notwendige Verarbeitung der personenbezogenen Daten meines/unseres Kindes ein.
- Nein, ich bin/wir sind mit der zahnärztlichen Untersuchung meines/unseres Kindes nicht einverstanden.
(Freiwillige Angabe des Grundes: _____)

Diese Erklärung kann jederzeit von mir/uns widerrufen werden.

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