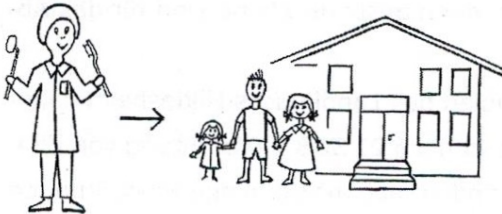


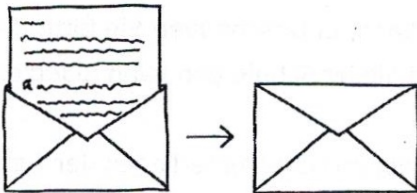
Der Zahnarzt kommt,



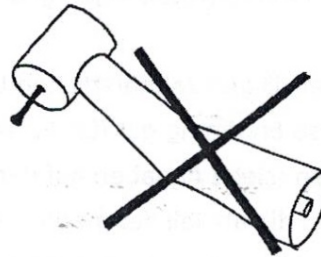
untersucht die Zähne,



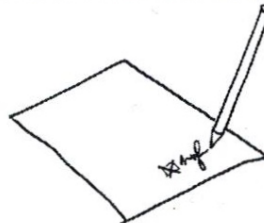
und schreibt einen Brief.



Der Zahnarzt bohrt nicht.



Einverstanden?  
Bitte unterschreiben Sie.



## Gesetzliche Grundlagen

### § 21 SGB V Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)

(1) Die Krankenkassen haben im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen unbeschadet der Aufgaben anderer gemeinsam und einheitlich Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen ihrer Versicherten, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zu fördern und sich an den Kosten der Durchführung zu beteiligen. Sie haben auf flächendeckende Maßnahmen hinzuwirken. In Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, werden die Maßnahmen bis zum 16. Lebensjahr durchgeführt. Die Maßnahmen sollen vorrangig in Gruppen, insbesondere in Kindergärten und Schulen, durchgeführt werden; sie sollen sich insbesondere auf die Untersuchung der Mundhöhle, Erhebung des Zahnstatus, Zahnschmelzhärtung, Ernährungsberatung und Mundhygiene erstrecken. Für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko sind spezifische Programme zu entwickeln.

### § 5 NGöGD Kinder- und Jugendgesundheit

(3) Die Landkreise und kreisfreien Städte nehmen die Aufgaben der zuständigen Stellen für die Zahngesundheitspflege nach § 21 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs wahr.

### Datenschutzrechtliche Hinweise

Die auf dieser gesetzlichen Grundlage erhobenen Daten werden auf Papier und/oder elektronisch erfasst und gespeichert. Sie unterliegen sowohl der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB) als auch den derzeit geltenden Datenschutzbestimmungen (siehe [www.lfd.niedersachsen.de](http://www.lfd.niedersachsen.de)). Für die Daten gilt die gesetzlich vorgeschriebene Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren (BGB § 630f). Nach Ablauf dieser Frist werden die Daten gelöscht.

Statistische Datenauswertungen erfolgen anonymisiert, d. h. ohne die identifizierenden Personendaten/-angaben (Vorname, Name, Geburtsdatum) Ihres Kindes. Die anonymisierten Daten werden für regionale und überregionale statistische gruppenbezogenen Auswertungen gemäß § 8 NGöGD (Gesundheitsberichterstattung) verwendet.

### Widerruf der Einwilligung

Möchten Sie die Einwilligung widerrufen, richten Sie den schriftlichen Widerruf bitte an die umseitige Adresse. Bitte beachten Sie, dass uns der Widerruf bereits einige Tage vor der Untersuchung erreichen muss, damit wir ihn berücksichtigen können. Bitte geben Sie –neben dem Namen und dem Geburtsdatum Ihres Kindes – auch den Namen der Kindertagesstätte an, die Ihr Kind besucht. Bitte beachten Sie zudem, dass uns der Widerruf rechtzeitig vor der Untersuchung erreichen muss, damit wir ihn berücksichtigen können.



Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

gemeinsam mit Ihnen wollen wir die Zähne Ihres Kindes gesund erhalten, denn gesunde Zähne sind für das Abbeißen, das Kauen, das Sprechen und das gesamte Wohlbefinden wichtig.

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

Die Untersuchung findet im vertrauten Umfeld der Schule statt. Es wird auf mögliche Zahnschäden, Prophylaxebedarf sowie auf Zahn- und Kieferfehlstellungen geachtet. Über das Untersuchungsergebnis werden Sie schriftlich informiert.

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 Schule und kann jederzeit von Ihnen widerrufen werden (siehe Angaben auf der Rückseite).

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. Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Ihr Jugendzahnärztlicher Dienst

## Einwilligungserklärung

Bitte mit Kugelschreiber ausfüllen, Zutreffendes ankreuzen und nicht abtrennen!

### GRUNDSCHULE HOHENEGGELSEN

An der Schule 10

31185 Hoheneggelsen

Telefon 05129 - 592

Fax 05129 - 963073

Schule/Klasse		
Nachname des Kindes		
Vorname des Kindes		Geburtsdatum

- Ja**, wir sind/ich bin damit einverstanden, dass mein Kind während seiner Schulzeit in der oben genannten Einrichtung an der zahnärztlichen Untersuchung teilnimmt. Diese Erklärung kann von mir/uns jederzeit widerrufen werden.
- Nein**, unser/mein Kind soll an der zahnärztlichen Untersuchung nicht teilnehmen.

Ort	Datum	Unterschrift der/des Sorgeberechtigten
-----	-------	--