



**Team Zahngesundheit**  
Am Schölerberg 1, 49082 Osnabrück  
Auskunft: Dr. Brunner-Strepp  
Tel.: (05 41) 5 01 – 2121  
e-mail: brunner@lkos.de



**Team Zahngesundheit**  
Am Schölerberg 1, 49082 Osnabrück  
Auskunft: Dr. Brunner-Strepp  
Tel.: (05 41) 5 01 – 2121  
e-mail: brunner@lkos.de

### Einverständniserklärung

|                         |  |  |
|-------------------------|--|--|
| Kindertageseinrichtung: |  |  |
|-------------------------|--|--|

| Name | Vorname | Geburtsdatum |
|------|---------|--------------|
|      |         |              |

**JA** Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind für die Dauer des Besuches der Einrichtung an den Aktionen des Teams Zahngesundheit zur Kariesvorbeugung teilnimmt:

- Kindgerechte Information über die richtige Mundhygiene mit Zahnputzübungen
- Tipps zur gesunden Ernährung
- Zahnärztliche Untersuchung

**NEIN** Mein Kind soll an der Kariesprävention nicht teilnehmen.

Hiermit willige ich ein, dass die Daten meines Kindes (Name, Vorname, Geburtsdatum sowie zahnärztlicher Befund) vom Gesundheitsdienst für Landkreis und Stadt Osnabrück, erhoben, verarbeitet und gespeichert werden.

Die Erhebung der personenbezogenen Daten dient ausschließlich dem Zweck der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe und Untersuchung. Die Daten werden nicht an Dritte weitergeleitet.

Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an den Landkreis Osnabrück, Am Schölerberg 1, 49082 Osnabrück. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

| Ort | Datum | Unterschrift |
|-----|-------|--------------|
|     |       |              |

### Einverständniserklärung

|                         |  |  |
|-------------------------|--|--|
| Kindertageseinrichtung: |  |  |
|-------------------------|--|--|

| Name | Vorname | Geburtsdatum |
|------|---------|--------------|
|      |         |              |

**JA** Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind für die Dauer des Besuches der Einrichtung an den Aktionen des Teams Zahngesundheit zur Kariesvorbeugung teilnimmt:

- Kindgerechte Information über die richtige Mundhygiene mit Zahnputzübungen
- Tipps zur gesunden Ernährung
- Zahnärztliche Untersuchung

**NEIN** Mein Kind soll an der Kariesprävention nicht teilnehmen.

Hiermit willige ich ein, dass die Daten meines Kindes (Name, Vorname, Geburtsdatum sowie zahnärztlicher Befund) vom Gesundheitsdienst für Landkreis und Stadt Osnabrück, erhoben, verarbeitet und gespeichert werden.

Die Erhebung der personenbezogenen Daten dient ausschließlich dem Zweck der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe und Untersuchung. Die Daten werden nicht an Dritte weitergeleitet.

Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an den Landkreis Osnabrück, Am Schölerberg 1, 49082 Osnabrück. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

| Ort | Datum | Unterschrift |
|-----|-------|--------------|
|     |       |              |