



Team Zahngesundheit  
Dr. Brigitte Brunner-Strepp  
Am Schölerberg 1  
49082 Osnabrück  
Tel.: (05 41) 5 01 – 2121  
e-mail: [brunner@Lkos.de](mailto:brunner@Lkos.de)

## Zahnärztliche Untersuchung in der Schule

Liebe Eltern,

das Team Zahngesundheit des Gesundheitsdienstes für Landkreis und Stadt Osnabrück betreut die Schule Ihres Kindes. Gemeinsam mit Ihnen möchten wir die Zähne Ihres Kindes gesund erhalten.

Einmal jährlich bieten wir in Ihrer Schule eine freiwillige zahnärztliche Untersuchung an; Sie erhalten einen Brief mit dem Ergebnis dieser Untersuchung.

Damit Ihr Kind an dieser Untersuchung teilnehmen kann, unterschreiben Sie bitte diese Einverständniserklärung.

Falls Sie weitere Informationen wünschen, rufen Sie mich an.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Dr. Brigitte Brunner-Strepp  
Zahnärztin

### Einverständniserklärung

Schule:	Klasse:
---------	---------

Name	Vorname	Geburtsdatum

**JA** Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind während seiner Schulzeit an der zahnärztlichen Untersuchung durch einen Zahnarzt/eine Zahnärztin des Teams Zahngesundheit teilnimmt.

**NEIN** Mein Kind soll an der Untersuchung 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
-----	-------	--------------