

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Einwilligung zur Teilnahme an einer Vorsorgeuntersuchung in der Kita

☐ zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung ☐ andere ärztliche Vorsorgeuntersuchung

Datum der Untersuchung: _____

Name der Kita: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Vorname, Name des Kindes: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Ich erkläre mich / Wir erklären uns * damit einverstanden, dass mein / unser * Kind, an der am oben genannten Datum stattfindenden, (zahn)ärztlichen Vorsorgeuntersuchung teilnimmt.

☐ Über das Untersuchungsergebnis möchte ich / möchten wir * **unterrichtet werden.**

☐ Über das Untersuchungsergebnis möchte ich / möchten wir * **NICHT unterrichtet werden.**

Die Einwilligung gilt einmalig für den genannten Untersuchungstermin.

(* nicht Zutreffendes bitte streichen)

Ort	Datum	Unterschrift Personensorgeberechtigte
-----	-------	---------------------------------------

Datum, Unterschrift Verantwortliche(r)

- Stempel -

Einwilligungserklärungen bleiben bis zum Ablauf zivil- oder strafrechtlicher Verjährungsfristen archiviert, in der Regel sind das 3 Jahre.

Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten der KINDERVEREINIGUNG® Leipzig e.V.

Herr E. Gottschling, Bernhard-Göring-Straße 161, 04277 Leipzig

Tel.: +49 (0)341 30 68 0541 - Mobil: +49 (0)157 83 30 0601 - E-Mail: dsb@kv-leipzig.de