Stadt Göttingen – FB Gesundheitsamt, Theaterplatz 4, 37073 Göttingen

Zahnärztlicher Dienst Tel. 0551 / 400-4860

STADT GÖTTINGEN
DIE OBERBÜRGERMEISTERIN

Liebe Eltern und Erziehungsberechtigte,

gemeinsam mit Ihnen wollen wir die Zähne Ihres Kindes gesund erhalten, denn gesunde Milchzähne sind nicht nur für das Abbeißen und Kauen wichtig, sondern auch für die richtige Sprachbildung. Daneben sind die Milchzähne Platzhalter für die später kommenden bleibenden Zähne.

Daher führen die Zahnärztinnen bzw. Vertragszahnärztinnen/-zahnärzte des Gesundheitsamtes in den Kindertagesstätten von Stadt und Landkreis Göttingen 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 Ihre Kindertagesstätte rechtzeitig bekannt gegeben.

Bei der Untersuchung wird auf mögliche Zahnschäden, Prophylaxebedarf sowie auf Zahn- und Kieferfehlstellungen geachtet. Über das Untersuchungsergebnis werden Sie schriftlich informiert. Zudem tragen die Untersuchungen im vertrauten Umfeld des Kindergartens dazu bei, dass die Kinder spielerisch auf zukünftige Zahnarztbesuche vorbereitet werden und diese positiv erleben.

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 Kindertagesstätte und kann von Ihnen jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Die Untersuchung selbst und die als Teil der medizinischen Dokumentation erhobenen Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den geltenden Datenschutzbestimmungen.

Wenn Sie Ihre Einwilligung für die zahnärztliche Untersuchung geben, erhält der Jugendzahnärztliche Dienst von der Kita den Namen und das Geburtsdatum Ihres Kindes. Diese Daten und das Untersuchungsergebnis werden in einer Patientenakte gespeichert. Sie dienen eventuellen Rückfragen Ihrerseits und werden für anonyme Statistiken verwendet. Diese Statistiken dienen der Planung und Verbesserung unserer Vorsorgemaßnahmen.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichem Gruß
Im Auftrag
Dr. Offermann-Kaltenborn

✂----------✂----------✂----------✂----------✂----------✂----------✂----------✂----------✂----------

Einwilligungserklärung

Bitte mit Kugelschreiber ausfüllen, Zutreffendes ankreuzen

Kita/Gruppe		
Nachname des Kindes	**Vorname des Kindes**	**Geburtsdatum**

Ja ☐ **Wir sind / Ich bin damit einverstanden, dass unser/mein Kind während seiner Kindergartenzeit in der oben genannten Einrichtung an der zahnärztlichen Untersuchung teilnimmt. Diese Erklärung kann von uns/mir jederzeit widerrufen werden.**

Nein ☐ **Unser / mein Kind soll an der zahnärztlichen Untersuchung nicht teilnehmen.**

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