



**Landeshauptstadt
Potsdam**

Der Oberbürgermeister

Landeshauptstadt Potsdam
Öffentlicher Gesundheitsdienst, Zahnärztlicher Dienst
Friedrich-Ebert-Str. 79-81, 14469 Potsdam,
Dienstgebäude: Haus P, Berliner Str. 150, 14467 Potsdam
Tel.-Nr.: 0331 / 289 2404 / 06 / 02
E-Mail-Adresse: ogd.zaed@rathaus.potsdam.de



Einwilligung

**in die Teilnahme des Kindes an der gruppenprophylaktischen Betreuung einschließlich der zahnärztlichen Untersuchung sowie
in die Erhebung von personenbezogenen Daten bei der Kinderbetreuungseinrichtung**

Alle Kinder haben einen gesetzlichen Anspruch auf eine gruppenprophylaktische Betreuung (Vereinbarung zur Förderung der Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V im Land Brandenburg in Verbindung mit § 6 Abs. 3 des Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetzes). Die Teams der Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter führen die Maßnahmen der Gruppenprophylaxe zur Früherkennung und Verhütung von Zahn-, Mund und Kieferkrankheiten flächendeckend in Kinderbetreuungseinrichtungen durch. Hierzu gehören u. a. zahnärztliche Untersuchungen, angeleitetes Zähneputzen in der Gruppe und spielerische Aktionen zur Ernährungslenkung. Diese werden im „Zahnärztlichen Prophylaxe-Pass für Vorschulkinder“ bestätigt. Besteht eine Behandlungsbedürftigkeit, erhalten Sie als Eltern eine Mitteilung. Weitere Informationen finden Sie unter www.brandenburger-kinderzaehne.de. Bitte nehmen Sie dieses Angebot im Sinne der Gesundheit ihres Kindes wahr.

Um eine angemessene Vorbereitung und Organisation der gruppenprophylaktischen Betreuung einschließlich der zahnärztlichen Untersuchung für das Gesundheitsamt und auch für die Kinderbetreuungseinrichtungen zu gewährleisten, ist es erforderlich, dass im Vorfeld der Untersuchungen persönliche Angaben der teilnehmenden Kinder vom Gesundheitsamt erhoben werden. Die genauen Untersuchungstermine werden rechtzeitig bekanntgegeben.

Zur Vorbereitung der Untersuchung werden folgende personenbezogene Daten der teilnehmenden Kinder vom Gesundheitsamt bei der Kinderbetreuungseinrichtung vorab erhoben: Name, Vorname und Geburtsdatum des Kindes sowie die besuchte Kinderbetreuungseinrichtung. Die Verarbeitung der Daten erfolgt auf der Grundlage einer Einwilligung gemäß Artikel 6 Abs. 1 Buchst. a DSGVO. Nimmt Ihr Kind an der Gruppenprophylaxe teil, ist die Speicherung von personenbezogenen Daten einschließlich der Gesundheitsdaten durch das Gesundheitsamt aufgrund gesetzlicher Dokumentationspflichten gemäß § 16 Abs.6 BbgGDG i.V.m. § 12 BerufsO LZÄKB vorgeschrieben.

Der Zeitpunkt der Löschung der elektronischen Daten oder der Vernichtung der Akten orientiert sich an den öffentlich-rechtlichen Dokumentationspflichten. Darüber hinaus werden die personenbezogenen Daten nur so lange verarbeitet und gespeichert, wie dies zur Erreichung des Speicherungszwecks erforderlich ist.

Weitere Informationen über die Verarbeitung von personenbezogenen Daten gemäß Artikel 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind in den beigefügten Informationen zum Datenschutz enthalten.



**Landeshauptstadt
Potsdam**

Der Oberbürgermeister

Landeshauptstadt Potsdam
Öffentlicher Gesundheitsdienst, Zahnärztlicher Dienst
Friedrich-Ebert-Str. 79-81, 14469 Potsdam,
Dienstgebäude: Haus P, Berliner Str. 150, 14467 Potsdam
Tel.-Nr.: 0331 / 289 2404 / 06 / 02
E-Mail-Adresse: ogd.zaed@rathaus.potsdam.de



Einwilligungserklärungen

Ich willige / Wir willigen hiermit ein,

➤ **1. dass mein / unser Kind** _____
(Vor- und Nachname des Kindes),

(Geburtsdatum des Kindes),

an der gruppenprophylaktischen Betreuung einschließlich zahnärztlicher Untersuchung

in der Kinderbetreuungseinrichtung: _____
(Name der Einrichtung) teilnimmt.

➤ **2. dass das Gesundheitsamt den Namen, Vornamen und das Geburtsdatum meines / unseres Kindes sowie den Namen der Kinderbetreuungseinrichtung zum Zwecke der Vorbereitung der jeweiligen gruppenprophylaktischen Betreuung einschließlich zahnärztlicher Untersuchung, bei der besuchten Kinderbetreuungseinrichtung erhebt.**

Mir/ Uns ist bekannt, dass die Einwilligung zur Teilnahme an der gruppenprophylaktischen Betreuung einschließlich zahnärztlicher Untersuchung meines / unseres Kindes sowie die Einwilligung zur Erhebung der personenbezogenen Daten zur Vorbereitung der gruppenprophylaktischen Betreuung freiwillig ist, jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann und keine rechtlichen Nachteile für mein / unser Kind entstehen, wenn die Einwilligung nicht erteilt oder widerrufen wird. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung von personenbezogenen Daten nicht berührt.

Ort, Datum

Name, Vorname (bitte in Blockschrift)

Unterschrift der personensorgeberechtigten oder erziehungsberechtigten Person oder Personen
(Sofern nur ein Berechtigter unterschreibt, versichert dieser zugleich mit Vollmacht und Zustimmung des anderen sein Einverständnis zu geben)