

# Einwilligungserklärung in die zahnärztliche Untersuchung



Region Hannover

Schule	Name des Kindes	
	Vorname des Kindes	Geburtsdatum

**Ja**  Wir sind/Ich bin damit einverstanden, dass unser/mein Kind während seiner Schulzeit in der oben genannten Einrichtung an den zahnärztlichen Untersuchungen teilnimmt.  
Wir sind/Ich bin zudem damit einverstanden, dass die Schule dem Team Zahnärztlicher Dienst und Jugendzahnpflege den Namen und das Geburtsdatum unseres/meines Kindes übermittelt.  
Diese Einwilligung kann von uns / mir jederzeit schriftlich widerrufen werden.

**Nein**  Unser/Mein Kind soll an den zahnärztlichen Untersuchungen **nicht** teilnehmen.

Ort	Datum	Unterschrift/en der/des Erziehungsberechtigten/Eltern

**Hinweis:** Bitte geben Sie die ausgefüllte Einwilligungserklärung an die Schule zurück.