

Kindertagesstätte: _____

Einverständniserklärung / Empfangsbestätigung

Name, Nachname des Kindes

Name, Nachname der Erziehungsberechtigte

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind an der jährlichen stattfindenden zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung des zahnärztlichen Dienstes der Abteilung Gesundheitsangelegenheiten des Kreises Kleve teilnimmt.

Ich habe ein Merkblatt zum Datenschutz erhalten und erteile hiermit meine Einwilligung in die erforderliche Verarbeitung der personenbezogenen Daten meines Kindes.

Hinweis: Ohne Ihre Zustimmung zur Datenübermittlung kann keine zahnärztliche Untersuchung erfolgen.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte