ANMELDUNG BEIM SCHULZAHNARZT

Schuljahr 2019/2020

Liebe Eltern,

Ihr Kind ist verpflichtet, an zahnärztlichen Reihenuntersuchungen für Schülerinnen und Schüler teilzunehmen. Diese Verpflichtung sowie die Verpflichtung, gegenüber dem Gesundheitsamt die für die Untersuchung erforderlichen Angaben zu machen, ergibt sich aus § 52 Absatz 2 des Schulgesetzes und § 21 Absatz 1 Satz 4 des fünften Buches des Sozialgesetzbuches.
Die Termine für die Untersuchungen werden Ihnen von der Schule bekannt gegeben. Sie werden vom Zahnärztlichen Dienst des für die Schule Ihres Kindes zuständigen Gesundheitsamtes durchgeführt. Ihr Kind nimmt im Klassenverband teil. Dies gilt als verbindliche Veranstaltung der Schule. Ihr Kind ist gesetzlich gegen Unfälle versichert wie beim Schulbesuch. Selbstverständlich werden Sie über das Untersuchungsergebnis informiert.

Zur Vorbereitung der Untersuchungen braucht das Gesundheitsamt die vollständigen Namen und die Geburtsdaten und das Geschlecht der zu untersuchenden Kinder. Zur Kontaktaufnahme bei bestimmten Befunden benötigt das Gesundheitsamt Ihren Namen und Ihre Anschrift.

Zu diesem Zweck soll die Schule dem Gesundheitsamt Klassenlisten mit diesen Angaben übermitteln.

Gemäß § 64 Absatz 3 Satz 2 des Schulgesetzes braucht die Schule dafür Ihre Einwilligung. Mit Abgabe der auf der Rückseite folgenden Erklärungen können Sie Ihre Entscheidung treffen.

1. Erklärung zur Datenübermittlung durch die Schule an das Gesundheitsamt

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass die Schule Vorname, Name, Geburtsdatum und Geschlecht unseres Kindes in einer Klassenliste zur Vorbereitung und Durchführung der schulzahnärztlichen Reihenuntersuchungen an das zuständige Gesundheitsamt übermittelt.

☐ ja ☐ nein, weiter unter 2.

Ich / wir willigen ein, dass die Schule meinen / unsere Namen und meine / unsere Adresse / Adresse/n zur Kontaktaufnahme mit mir / uns an das Gesundheitsamt übermittelt.

☐ ja ☐ nein

Wir können/ich kann diese Erklärungen jederzeit ohne Angabe von Gründen gegenüber der Schulleitung mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen.

_____
Datum, Unterschrift/en der Personensorgeberechtigten

_____
Vor- und Nachnamen in Druckbuchstaben

---

2. Erklärung zur Datenübermittlung durch die Personensorgeberechtigten an das Gesundheitsamt

Ich bin / wir sind mit der Datenübermittlung durch die Schule an das Gesundheitsamt nicht einverstanden und ich kümmere mich / wir kümmern uns selbst um die Datenübermittlung an das zuständige Gesundheitsamt. Ich / wir verwende/n dazu das mir / uns ausgehändigte Datenblatt.
Wir wissen, dass es sich um eine Pflichtuntersuchung handelt und dass deshalb das Schulamt darauf achten wird, dass wir das Datenblatt an das Gesundheitsamt schicken.

_____
Datum, Unterschrift/en der Personensorgeberechtigten

_____
Vor- und Nachnamen in Druckbuchstaben

Formblatt für die Datenübermittlung durch Eltern

Sorgeberechtigte

Name: _____

Vorname: _____

Straße, Hausnummer
(freiwillig)*: _____

Postleitzahl, Ort
(freiwillig):* _____

Bezirksamt **von Berlin**
Zahnärztlicher Dienst
GES .....
..... Berlin

Bitte tragen Sie die Daten Ihres Kindes hier ein

Schule / Klasse: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: _____

Straße, Hausnumme*:
(freiwillig) _____

Postleitzahl, Ort*
(freiwillig) _____

_____

Datum **Unterschrift Sorgeberechtigte/r**