

Einverständniserklärung

Schule: Schulname	Klasse: 1a
-----------------------------	----------------------

Name Ander	Vorname Jacob	Geburtsdatum 12.12.2006
---------------	------------------	----------------------------

JA Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind während seiner Grundschulzeit an der zahnärztlichen Untersuchung durch einen Zahnarzt / eine Zahnärztin des Teams Zahngesundheit teilnimmt. Das Team Zahngesundheit erhält obige Angaben. Diese Einverständniserklärung kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.

NEIN Mein Kind soll an der Untersuchung nicht teilnehmen.

Ort	Datum	Unterschrift
-----	-------	--------------