ARBEITSKREIS FÜR ZAHNÄRZTLICHE VORSORGEMEDIZIN

PROJEKT APOLLONIA NÖ

Neue Herrengasse 10/3. Stock, 3100 St. Pölten
Tel.: 02742/23894, Fax: 02742/23894 - 11
E-mail: office@aks-zavomed.at
ZVR: 409289253

Liebe Eltern!

Es geht um die Zahngesundheit Ihrer Kinder! Die Landeszahnärztekammer für NÖ, das Land Niederösterreich und die NÖ-Krankenversicherungsträger haben ein gemeinsames Projekt **„Apollonia 2020“** ins Leben gerufen, das entscheidend dazu beitragen soll, Ihre Kinder vor Zahnschäden zu bewahren.

Zahnärztinnen/-ärzte und ZahngesundheitserzieherInnen werden die Schule betreuen und die zur Gesunderhaltung der Zähne notwendigen Wissensinhalte vermitteln.

Die zahnärztlichen Untersuchungen finden jeweils in der Vorschule, 1. und 4. Klasse statt und Sie erhalten über etwaige Schäden oder Zahnfehlstellungen eine Information. Es wird keine Zahnbehandlung durchgeführt. Sollte eine Behandlung notwendig sein, erhalten Sie eine Empfehlung, eine Zahnärztin/einen Zahnarzt Ihrer Wahl aufzusuchen.

Wenn Ihr Kind an einer ansteckenden chronischen Krankheit (z.B. Hepatitis, AIDS) oder einer Störung des Immunsystems (z.B. Leukämie) leidet, dann teilen Sie das bitte vor der Untersuchung der Zahnärztin/dem Zahnarzt mit, um entsprechende Vorkehrungen bei der Untersuchung zu treffen. Ihre Angaben unterliegen der zahnärztlichen Verschwiegenheitspflicht und werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

(Fortsetzung umseitig)

ANMELDUNG FÜR DIE ZAHNÄRZTLICHE UNTERSUCHUNG UND DATENSCHUTZRECHTLICHE EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich willige ein, dass im Zuge des Projekts Apollonia 2020 von meinem Kind folgende Daten vom ARBEITSKREIS FÜR ZAHNÄRZTLICHE VORSORGEMEDIZIN (AKS-ZAVOMED) für folgenden Zweck verarbeitet werden:

Name, Geburtsdatum, Geburtsland Österreich (ja oder nein), Gesundheitszustand der Zähne, Zustand der Mundhygiene und Erforderlichkeit einer Behandlung oder Kontrolle zum Zweck der Übermittlung des Untersuchungsergebnisses an mich.

☐ **ja** ☐ **nein**

Vor- und Zuname des Kindes	**Geburtsdatum**	**Geburtsland Österreich**
		○ **ja** ○ **nein**

Datum	**Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten**

ZahngesundheitserzieherInnen besuchen zwei Mal pro Jahr die Volksschule und sollen die Kinder mit der richtigen Zahnpflege vertraut machen. Auf spielerische Art wollen wir den Kindern helfen, zu Zahnärztinnen/-ärzten Vertrauen zu entwickeln und die tägliche Mundhygiene zur Selbstverständlichkeit werden zu lassen.

Fördern Sie die Teilnahme und erlauben Sie bitte Ihrem Kind, an unserer Aktion teilzunehmen. Es entstehen für Sie dadurch keinerlei Kosten. Die Datenschutz-Grund-Verordnung (DSGVO) wird in allen Prozessschritten eingehalten.

Aufgrund der Datenschutz-Grund-Verordnung (DSGVO) weisen wir darauf hin, dass die Anmeldung für die Dauer des Aufenthaltes Ihres Kindes in der Schule (Vorschulklasse bis inklusive der 4. Klasse) gültig ist und zu diesem Zweck in der Schule bis zum Austritt des Kindes verwahrt bleibt.
Nähere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie unter: www.apollonia2020.at/datenschutzerklaerung

Meine Einwilligung kann jederzeit per E-Mail an office@aks-zavomed.at oder per Post an den Arbeitskreis für zahnärztliche Vorsorgemedizin, Neue Herrengasse 10/3.Stock, 3100 St. Pölten, widerrufen werden.

Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Gemeinsam können wir es schaffen, die Zahngesundheit unserer Kinder zu erhalten!

Mit freundlichen Grüßen
Arbeitskreis für zahnärztliche Vorsorgemedizin

HINWEIS FÜR DIE SCHULE

Bitte verwahren Sie diesen Abschnitt mindestens bis zum Schulaustritt des Kindes in Ihrer Schule als Nachweis für eine erfolgte An- oder Abmeldung zur Untersuchung durch einen/eine Zahnarzt/-ärztin im Rahmen des Projektes „Apollonia 2020“. Bitte tragen Sie Sorge dafür, dass nur jene Kinder der Untersuchung zugeführt werden, die umseitig „Ja“ angekreuzt haben.

An den Besuchen des/der Zahngesundheitserziehers/-erzieherin können und sollen natürlich alle Kinder teilnehmen.

Sollten sich nachträglich Änderungen der Zustimmung ergeben, dann können Sie dies hier unten vermerken.

Datum der Änderung	An- oder Abmeldung / Begründung	Unterschrift
Datum der Änderung	An- oder Abmeldung / Begründung	Unterschrift
Datum der Änderung	An- oder Abmeldung / Begründung	Unterschrift

Wenn ein Widerruf der Einwilligung direkt beim AKS-ZAVOMED erfolgt, dann werden Sie natürlich umgehend informiert.