

**Landkreis Heidekreis**

Fachbereich Gesundheit

Jugendzahnärztlicher Dienst  
Dierkingstraße 19

29664 Walsrode

**Telefon: 05162 970-911 0**

Liebe Eltern und Erziehungsberechtigte,

gemeinsam mit Ihnen wollen wir die Zähne Ihres Kindes gesund erhalten, denn gesunde Zähne sind nicht nur für das Abbeißen und Kauen wichtig, sondern auch für die richtige Sprachbildung. Daneben sind die Milchzähne Platzhalter für die später kommenden bleibenden Zähne.

Daher führen die Zahnärztinnen unseres Teams in den Kindertagesstätten/Schulen des Landkreises Heidekreis zahnärztliche Untersuchungen durch. Gesetzliche Grundlage dieser Maßnahme ist der § 21 SGB V (Verhütung von Zahnerkrankungen/Gruppenprophylaxe) (siehe Rückseite). Die zahnärztlichen Untersuchungen finden regelmäßig in den Einrichtungen statt und sind für Sie kostenfrei. Die genauen Termine werden Ihnen über Ihr Kind/Aushänge in Ihrer Kindertagesstätte/Schule rechtzeitig bekannt gegeben.

Bei der Untersuchung wird auf mögliche Zahnschäden, Prophylaxebedarf sowie auf Zahn- und Kieferfehlstellungen geachtet. Über das Untersuchungsergebnis werden Sie schriftlich informiert. Zudem tragen die Untersuchungen im vertrauten Umfeld des Kindergartens/der Schule dazu bei, dass die Kinder spielerisch auf zukünftige Zahnarztbesuche vorbereitet werden und diese positiv erleben.

Damit Ihr Kind an dieser freiwilligen zahnärztlichen Untersuchung teilnehmen kann, unterschreiben Sie bitte die Einwilligungserklärung. Diese Erklärung gilt für die Verweildauer Ihres Kindes in dieser Kindertagesstätte/Schule und kann von Ihnen jederzeit schriftlich widerrufen werden (siehe Angaben auf der Rückseite). Sollten Sie unser Untersuchungsangebot für Ihr Kind nicht nutzen wollen, entsteht für Ihr Kind oder Sie kein Nachteil abgesehen davon, dass wir Sie nicht auf möglichen Behandlungsbedarf aufmerksam machen können.

Die Untersuchung selbst und die als Teil der medizinischen Dokumentation erhobenen Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den geltenden Datenschutzbestimmungen. (Einzelheiten hierzu entnehmen Sie bitte der Rückseite.)

Wenn Sie Ihre Einwilligung für die zahnärztliche Untersuchung geben, erhält der Jugendzahnärztliche Dienst von der Kita/Schule den Namen und das Geburtsdatum Ihres Kindes. Diese Daten und das Untersuchungsergebnis werden in einer Patientenakte gespeichert (siehe Rückseite). Sie dienen der Betreuung Ihres Kindes und werden für anonyme Statistiken verwendet. Diese Statistiken dienen der Planung und Verbesserung unserer Vorsorgemaßnahmen.

Das Gesundheitsamt bekommt von der Kita/Schule nur die Einwilligungserklärungen für die Kinder weitergeleitet, die an der Untersuchung teilnehmen sollen.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichem Gruß  
Im Auftrag  
Ihre Jugendzahnärztin

## Gesetzliche Grundlagen

### **§21 SGB V Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)**

(1) Die Krankenkassen haben im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen unbeschadet der Aufgaben anderer gemeinsam und einheitlich Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen ihrer Versicherten, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zu fördern und sich an den Kosten der Durchführung zu beteiligen. Sie haben auf flächendeckende Maßnahmen hinzuwirken. In Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, werden die Maßnahmen bis zum 16. Lebensjahr durchgeführt. Die Maßnahmen sollen vorrangig in Gruppen, insbesondere in Kindergärten und Schulen, durchgeführt werden; sie sollen sich insbesondere auf die Untersuchung der Mundhöhle, Erhebung des Zahnstatus, Zahnschmelzhärtung, Ernährungsberatung und Mundhygiene erstrecken. Für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko sind spezifische Programme zu entwickeln.

### **§ 5 NGöGD Kinder- und Jugendgesundheit**

(3) Die Landkreise und kreisfreien Städte nehmen die Aufgaben der zuständigen Stellen für die Zahngesundheitspflege nach § 21 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs wahr.

### **§ 8 Gesundheitsberichterstattung**

(2) <sup>1</sup> Die Landkreise und kreisfreien Städte beobachten, beschreiben und bewerten die gesundheitlichen Verhältnisse ihrer Bevölkerung, insbesondere die Gesundheitsrisiken, den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten. <sup>2</sup> Dazu sammeln sie nicht personenbezogene und anonymisierte Daten, werten diese nach epidemiologischen Gesichtspunkten aus und führen sie in Fachberichten zusammen (kommunale Gesundheitsberichterstattung). <sup>3</sup> In die Berichterstattung sollen auch anonymisierte Ergebnisse von Schuleingangsuntersuchungen nach § 5 Abs. 2 Satz 1 und Untersuchungen im Rahmen der Zahngesundheitspflege nach § 5 Abs. 3 einbezogen werden.

## Widerruf der Einwilligung

Möchten Sie die Einwilligung widerrufen, richten Sie den schriftlichen Widerruf bitte an die umseitige Adresse. Bitte geben Sie –neben dem Namen und dem Geburtsdatum Ihres Kindes – auch den Namen der Kindertagesstätte/ Schule an, die Ihr Kind besucht. Bitte beachten Sie zudem, dass uns der Widerruf rechtzeitig vor der Untersuchung erreichen muss, damit wir ihn berücksichtigen können.

## Transparenz- und Informationspflicht nach Artikel 13 und 14 Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO)

### **Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen:**

Landkreis Heidekreis  
Der Landrat  
Harburger Straße 2  
29614 Soltau

### **Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten:**

Behördliche/r Datenschutzbeauftragter des Landkreises  
Heidekreis  
Jürgen Isernhagen Stadt Walsrode  
Fon: +49-(0)5161 977-245  
Mobil: +49-(0)1525 2060997  
Fax: +49-(0)5161 977-262  
eMail: [datenschutz@stadt-walsrode.de](mailto:datenschutz@stadt-walsrode.de)

### **Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung**

Die Verarbeitung der Daten erfolgt auf Grundlage der Einwilligung und der derzeit geltenden Datenschutzbestimmungen (Art. 6 Abs.1 lit. a DS-GVO, Art.9 Abs.2 lit a DS-GVO, § 19 NDSG, § 630d BGB). Die zur Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben (s.o.) erhobenen Daten werden auf Papier und/oder elektronisch erfasst und gespeichert (Patientenakte, § 630f. BGB). Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB).

Statistische Datenauswertungen erfolgen anonymisiert, d. h. ohne die identifizierenden Personendaten/-angaben (Vorname, Name, Geburtsdatum) Ihres Kindes. Die anonymisierten Daten werden für regionale und überregionale statistische gruppenbezogenen Auswertungen gemäß § 8 NGöGD (Gesundheitsberichterstattung) verwendet.

(weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter [www.lfd.niedersachsen.de](http://www.lfd.niedersachsen.de))

### **Speicherdauer**

Für die Daten gilt die gesetzlich vorgeschriebene Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren (§ 630f Abs. 3 BGB). Nach Ablauf dieser Frist werden die Daten gelöscht.

### **Empfänger der Daten**

Es findet keine Weitergabe der personenbezogenen Daten an Dritte statt.

### **Hinweis zur Datenerhebung bei Dritten (Artikel 14 DS-GVO)**

Im Rahmen der Vorbereitung der Untersuchung erhält der oben genannte Kinder- und Jugendzahnärztliche Dienst Namen und Geburtsdaten der Kinder, für die eine Einwilligung zur Teilnahme an der Untersuchung vorliegt.

### **Hinweise auf Ihre Rechte als betroffene Person**

Sie haben das Recht, eine Bestätigung darüber zu verlangen, ob personenbezogene Daten verarbeitet werden, die Sie betreffen; ist dies der Fall, so haben Sie ein **Recht auf Auskunft** über diese personenbezogenen Daten und auf die in Artikel 15 DS-GVO im einzelnen aufgeführten Informationen.

Sie haben das Recht, unverzüglich die **Berichtigung** unrichtiger personenbezogener Daten und ggf. die **Vervollständigung** unvollständiger personenbezogener Daten, die Sie betreffen, zu verlangen (Artikel 16 DS-GVO).

Sie haben das Recht, zu verlangen, dass personenbezogene Daten, die Sie betreffen, unverzüglich gelöscht werden, sofern einer der in Artikel 17 DS-GVO im einzelnen aufgeführten Gründe zutrifft, z. B. wenn die Daten für die verfolgten Zwecke nicht mehr benötigt werden (**Recht auf Löschung**) und die gesetzlichen Aufbewahrungs- und Archivvorschriften einer Löschung nicht entgegenstehen.

Sie haben das Recht, die **Einschränkung der Verarbeitung** zu verlangen, wenn eine der in Artikel 18 DS-GVO aufgeführten Voraussetzungen gegeben ist, z. B. wenn Sie Widerspruch gegen die Verarbeitung eingelegt haben, für die Dauer der Prüfung, ob dem Widerspruch statt gegeben werden kann.

**Datenübertragbarkeit:** Sie haben gem. Artikel 20 DS-GVO das Recht, die dem Landkreis Heidekreis aufgrund Ihrer Einwilligung freiwillig zur Verfügung gestellten und elektronisch verarbeiteten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten, so dass Sie diese Daten einer oder einem anderen Verantwortlichen zur Verfügung stellen können.

Sie haben das Recht, aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung personenbezogener Daten, welche Sie betreffen, **Widerspruch** einzulegen. Die/Der Verantwortliche verarbeitet die personenbezogenen Daten dann nicht mehr, es sei denn:

- Der Landkreis Heidekreis kann zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, welche Ihren Interessen, Rechten und Freiheiten überwiegen oder
- die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen (Artikel 21 DS-GVO) oder
- die Verarbeitung erfolgt im Rahmen aufsichtsrechtlicher Befugnisse (insbesondere Artikel 57 und Artikel 58 DS-GVO).

### **Recht auf Beschwerde**

Sie haben das Recht, sich über eine fehlerhafte Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch das Gesundheitsamt bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen, Prinzenstr. 5, 30159 Hannover, Tel.: 0511 - 120 4500 / Fax: 0511 - 120 4599  
Webseite: [www.lfd.niedersachsen.de](http://www.lfd.niedersachsen.de) , eMail: [poststelle@lfd.niedersachsen.de](mailto:poststelle@lfd.niedersachsen.de)

## Einwilligungserklärung

Bitte mit Kugelschreiber ausfüllen, Zutreffendes ankreuzen

Einrichtung	Gruppe/ Klasse	
Nachname des Kindes	Vorname des Kindes	Geburtsdatum

**Ja**  Wir sind / Ich bin damit einverstanden, dass unser/mein Kind während seiner Verweildauer in der oben genannten Einrichtung an der zahnärztlichen Untersuchung teilnimmt. Diese Erklärung kann von uns/mir jederzeit widerrufen werden.

**Nein**  Unser / mein Kind soll an der zahnärztlichen Untersuchung nicht teilnehmen.

Ort	Datum	Unterschrift/en der / des Erziehungsberechtigten
-----	-------	--