



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 Landes Zahnärztekammer für NÖ, das Land Niederösterreich und die NÖ-Krankenversicherungsträger haben ein gemeinsames Projekt „Apollonia NÖ“ (vormals „Apollonia 2020“) ins Leben gerufen, das entscheidend dazu beitragen soll, Ihre Kinder vor Zahnschäden zu bewahren.

Zahnärztinnen/-ärzte und Zahngesundheitserzieher/-innen werden den Kindergarten betreuen und die zur Gesunderhaltung der Zähne notwendigen Wissensinhalte vermitteln.

Die zahnärztlichen Untersuchungen finden alle zwei Jahre 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 NÖ von meinem Kind folgende Daten vom ARBEITSKREIS FÜR ZAHNÄRZTLICHE VORSORGE MEDIZIN (AKS-ZAVOMED) für folgenden Zweck verarbeitet werden:

Name; 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
		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Datum	Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten	

Zahngesundheitserzieher/-innen besuchen mindestens zwei Mal pro Jahr den Kindergarten 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 im Kindergarten gültig ist und zu diesem Zweck im Kindergarten bis zum Austritt des Kindes verwahrt bleibt.

Nähere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie unter: www.apollonia-noe.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 KINDERGARTEN

Bitte verwahren Sie diesen Abschnitt mindestens bis zum Kindergartenaustritt des Kindes in Ihrem Kindergarten als Nachweis für eine erfolgte An- oder Abmeldung zur Untersuchung durch einen/eine Zahnarzt/-ärztin im Rahmen des Projektes „Apollonia NÖ“. 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.