



Liebe Personensorgeberechtigte/Elternteile,

wir arbeiten eng mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst und dem zahnmedizinischen Dienst in Bad Freienwalde zusammen. Dieser besucht in regelmäßigen Abständen unsere Einrichtung, um die Gesundheit und den Entwicklungsstand ihres Kindes im Rahmen der kinderärztlichen Untersuchung beurteilen zu können. Sie werden rechtzeitig per Aushang über einen anstehenden Termin informiert. Im Vorfeld einer Untersuchung benötigen der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst und der zahnmedizinischen Dienst personenbezogene Daten Ihres Kindes, die über die Kita weiter gegeben werden. Bitte geben Sie uns Ihr Einverständnis zur Datenweitergabe (Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift).

Einverständniserklärung der Eltern zur Weitergabe der Daten des Kindes an den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst und den zahnmedizinischen Dienst in Bad Freienwalde

Zutreffendes bitte ankreuzen

- Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
- zahnmedizinischen Dienst

Hiermit bin/sind ich/wir einverstanden, dass die Kita _____(Name der Kita) die personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift)

meines/unseres Kindes _____(Name des Kindes) an **den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst und den zahnmedizinischen Dienst in Bad Freienwalde** weitergeben darf.

Datum

Unterschrift der/des PSE/Elternteil

Datum

Unterschrift der/des PSE/anderen Elternteil