



## Untersuchungsvereinbarung und Einwilligung in die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen

Ich

<BITTE NAMEN DES UNTERZEICHNENDEN ELTERNTEILS/OBSORGEBERECHTIGTEN IN BLOCKSCHRIFT EINSETZEN>

bin einverstanden, dass mein Kind am „Zahnprophylaxeprogramm Vorarlberg“ teilnimmt und willige ein, dass mein Kind dabei von einem Zahnarzt/Zahnärztin zahnmedizinisch künftig einmal pro Schuljahr untersucht wird. Sie können diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und damit die Untersuchung nicht in Anspruch nehmen.

Für die Teilnahme Ihres Kindes am „Zahnprophylaxeprogramm Vorarlberg“ benötigen wir folgende Daten:

.....	.....	.....	.....
Familienname des Kindes	Vorname des Kindes	Versicherungsnummer	Geburtsdatum (Tag-Monat-Jahr)
.....	.....	.....	
Kindergarten/Schule	Ort	Gruppe/Klasse	

(BITTE IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN)

Bitte beachten Sie, dass die hier eingeholte Einwilligung alleine der Rechtfertigung der medizinischen Untersuchung Ihres Kindes dient. Weitergehende Informationen über die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung, die damit verbundenen Risiken und die Verarbeitung personenbezogener Daten (Datenschutzinformation) finden Sie in unserer Broschüre, welche Sie jederzeit unter <http://www.maxprophylax.at> abrufen oder digital bei uns anfordern können.

Den etwaigen Widerruf Ihres Einverständnisses in die Teilnahme am „Zahnprophylaxeprogramm Vorarlberg“ richten Sie bitte an: Zahnprophylaxe Vorarlberg GmbH, Rheinstraße 61, 6900 Bregenz, [zpv@zpv.or.at](mailto:zpv@zpv.or.at)

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Elternteil/Obsorgeberechtigten