Untersuchungsvereinbarung und Einwilligung in die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung

Ich _____
(Bitte Name des unterzeichnenden Elternteils / Erziehungsberechtigten in Blockschrift einsetzen)

bin einverstanden, dass mein Kind an der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung im Dentomobil teilnimmt und willige ein, dass mein Kind dabei von einer Zahnärztin / einem Zahnarzt zahnmedizinisch untersucht wird.

Für die Teilnahme Ihres Kindes an der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung im Dentomobil benötigen wir folgende Daten:

Familienname des Kindes _____

Vers. Nr. ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐

Schule _____

Klasse _____

Vorname des Kindes _____

Geburtsdatum ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

PLZ / Ort ☐☐☐☐ _____

(Bitte in Blockschrift ausfüllen!)

Bitte beachten Sie, dass die hier eingeholte Einwilligung allein der Rechtfertigung der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung Ihres Kindes dient. Weitergehende Erklärungen über die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung, die damit verbundenen Risiken und die Verarbeitung personenbezogener Daten (Datenschutzinformation) finden Sie in unserer zusätzlichen Information, welche Sie jederzeit unter www.maxprophylax.at abrufen oder digital bei uns anfordern können.

Sie können diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und damit die Untersuchung nicht in Anspruch nehmen. Den etwaigen Widerruf Ihres Einverständnisses zur Teilnahme an der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung im Dentomobil richten Sie bitte an:

Zahnprophylaxe Vorarlberg GmbH, Rheinstraße 61, 6900 Bregenz
oder an die Mailadresse zpv@zpv.or.at.

In dringenden Fällen erreichen Sie uns auch unter der Telefonnummer +43 664 802 83 713.

_____ _____
Ort / Datum Unterschrift des Elternteils / Erziehungsberechtigten