

**Einwilligungserklärung
zur Teilnahme an zahnärztlichen Untersuchungen in Kindertagesstätten**

Name der Kindertageseinrichtung:	
Vor- und Nachname des Kindes:	
Geburtsdatum:	
Geschlecht:	

Der Kreis Viersen verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten bzw. die personenbezogenen Daten Ihres Kindes entsprechend der Angaben in der Datenschutzerklärung. Die Datenschutzerklärung wurde Ihnen zur Verfügung gestellt. Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten erfolgt allein für die dort genannten Zwecke.

Mit dieser Erklärung erteilen Sie dem Kreis Viersen die Einwilligung zur Verarbeitung der in der Datenschutzerklärung genannten personenbezogenen Daten. Die Daten können nur von berechtigten Personen eingesehen und bearbeitet werden. Soweit ihre Daten für die in der Datenschutzerklärung angegebenen Zwecke (einschließlich Aufbewahrungspflichten) nicht mehr benötigt werden, werden diese gelöscht.

Diese Einwilligungserklärung ist freiwillig. Sie haben das Recht, dieser Einwilligungserklärung nicht zuzustimmen. Bitte beachten Sie, dass Ihr Kind im Falle der Nichtunterzeichnung nicht an den zahnärztlichen Untersuchungen und Gruppenprophylaxemaßnahmen teilnehmen kann, da die Daten zur Leistungserbringung erforderlich sind.

Diese Einwilligungserklärung gilt für die gesamte Kindergartenzeit. Sie können diese jederzeit ganz oder teilweise und ohne Angaben von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Den Widerruf können Sie per E-Mail an die folgende Adresse richten: zahnaerztlicherdienst@kreis-viersen.de

Hiermit willige ich / willigen wir ein, dass mein / unser minderjähriges Kind in der Kindertageseinrichtung an den zahnärztlichen Untersuchungen teilnimmt.

Ich versichere/ wir versichern hiermit, in einer Datenschutzerklärung über die Datenverarbeitung und meine/ unsere Rechte belehrt worden zu sein und der Erhebung und Verarbeitung meiner/ unserer Daten bzw. der personenbezogenen Daten meines/ unseres Kindes durch den Kreis Viersen freiwillig zuzustimmen.

Ort/ Datum, Unterschrift einer personensorgeberechtigten oder erziehungsberechtigten Person