

Liebe Eltern und Erziehungsberechtigte,

wir möchten Sie dabei unterstützen, die Zähne Ihres Kindes gesund zu erhalten, denn gesunde Milchzähne sind nicht nur für das Abbeißen und Kauen wichtig, sondern auch für die richtige Sprachbildung. Daneben sind die Milchzähne Platzhalter für die später kommenden bleibenden Zähne.

Neben der Zahnprophylaxe führen die Zahnärztinnen unseres Teams in Einrichtungen in Braunschweig zahnärztliche Untersuchungen durch. Gesetzliche Grundlage dieser Maßnahme ist der § 21 SGB V (Verhütung von Zahnerkrankungen/Gruppenprophylaxe) (siehe Rückseite). Die zahnärztliche Untersuchung findet regelmäßig in den Einrichtungen statt und ist für Sie kostenfrei. Die genauen Termine werden Ihnen über Ihre Einrichtung rechtzeitig bekannt gegeben.

Bei der Untersuchung wird auf mögliche Zahnschäden, Prophylaxebedarf sowie auf Zahn- und Kieferfehlstellungen geachtet. Über das Untersuchungsergebnis werden Sie schriftlich informiert. Zudem tragen die Untersuchungen im vertrauten Umfeld der Einrichtung dazu bei, dass Zahnarztbesuche vorbereitet und diese positiv erlebt werden.

Damit Ihr Kind an dieser freiwilligen zahnärztlichen Untersuchung teilnehmen kann, unterschreiben Sie bitte die Einwilligungserklärung und geben diese innerhalb einer Woche an die Einrichtung zurück. Die Erklärung gilt für die Verweildauer Ihres Kindes in der jeweiligen Einrichtung und kann von Ihnen jederzeit schriftlich widerrufen werden (siehe Angaben auf der Rückseite).

Die Untersuchung selbst und die als Teil der medizinischen Dokumentation erhobenen Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den geltenden Datenschutzbestimmungen. (Einzelheiten hierzu entnehmen Sie bitte der Rückseite.)

Der Jugendzahnärztliche Dienst erhält über die Einrichtung die ausgefüllte Einwilligungserklärung mit dem Namen, dem Geburtsdatum und der Adresse Ihres Kindes. Diese Daten und das Untersuchungsergebnis werden im Gesundheitsamt gespeichert (siehe Rückseite) und ausschließlich für anonyme Statistiken verwendet. Die Statistiken dienen der Planung und Verbesserung der Vorsorgemaßnahmen in Braunschweig und im Land Niedersachsen.

Auch wenn Ihr Kind nicht an der Untersuchung teilnehmen soll, würden wir gerne die ausgefüllte Einwilligungserklärung für die Verweildauer Ihres Kindes in der Einrichtung archivieren. Damit vermeiden wir, dass Sie jedes Jahr ein neues Formular ausfüllen müssen. Sollten sie keine Archivierung wünschen, machen Sie dies auf der Einwilligungserklärung durch Ankreuzen kenntlich, dann wird diese umgehend vernichtet.

Für Rückfragen steht Ihnen die leitende Zahnärztin Frau Dr. Sieke, Tel.: 0531 470-7248, gerne zur Verfügung.

Mit freundlichem Gruß

Im Auftrag

gez.

Dr. Sieke

Stadt Braunschweig, Gesundheitsamt
Jugendzahnärztlicher Dienst
Hamburger Straße 226, 38114 Braunschweig
ingrid.sieke@braunschweig.de

Gesetzliche Grundlagen

§21SGB V Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)

(1) Die Krankenkassen haben im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen unbeschadet der Aufgaben anderer gemeinsam und einheitlich Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen ihrer Versicherten, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zu fördern und sich an den Kosten der Durchführung zu beteiligen. Sie haben auf flächendeckende Maßnahmen hinzuwirken. In Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, werden die Maßnahmen bis zum 16. Lebensjahr durchgeführt. Die Maßnahmen sollen vorrangig in Gruppen, insbesondere in Kindergärten und Schulen, durchgeführt werden; sie sollen sich insbesondere auf die Untersuchung der Mundhöhle, Erhebung des Zahnstatus, Zahnschmelzhärtung, Ernährungsberatung und Mundhygiene erstrecken. Für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko sind spezifische Programme zu entwickeln.

§ 5 NGöGD Kinder- und Jugendgesundheit

(3) Die Landkreise und kreisfreien Städte nehmen die Aufgaben der zuständigen Stellen für die Zahngesundheitspflege nach § 21 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs wahr.

§ 8 Gesundheitsberichterstattung

(2) ¹ Die Landkreise und kreisfreien Städte beobachten, beschreiben und bewerten die gesundheitlichen Verhältnisse ihrer Bevölkerung, insbesondere die Gesundheitsrisiken, den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten. ² Dazu sammeln sie nicht personenbezogene und anonymisierte Daten, werten diese nach epidemiologischen Gesichtspunkten aus und führen sie in Fachberichten zusammen (kommunale Gesundheitsberichterstattung). ³ In die Berichterstattung sollen auch anonymisierte Ergebnisse von Schuleingangsuntersuchungen nach § 5 Abs. 2 Satz 1 und Untersuchungen im Rahmen der Zahngesundheitspflege nach § 5 Abs. 3 einbezogen werden.

Widerruf der Einwilligung

Möchten Sie die Einwilligung widerrufen, lassen Sie den schriftlichen Widerruf am Tag der Untersuchung in der Einrichtung durch die betreuende Erzieherin dem Zahngesundheitsteam zukommen. Bitte geben Sie Namen und Geburtsdatum Ihres Kindes, Gruppe und Namen der Einrichtung an, die Ihr Kind besucht. Bitte beachten Sie, dass uns der Widerruf rechtzeitig vor der Untersuchung erreichen muss, damit wir ihn berücksichtigen können.

Transparenz- und Informationspflicht nach Artikel 13 und 14 Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO)

Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen:

Stadt Braunschweig
Der Oberbürgermeister
Platz der Deutschen Einheit 1
38100 Braunschweig
Tel.: +49 531 470-1
E-Mail: stadt@braunschweig.de
Website: www.braunschweig.de

Kontaktinformationen des Datenschutzbeauftragten:

Behördliche Datenschutzbeauftragte
Fachbereich Zentrale Dienste
Bohlweg 30
38100 Braunschweig
Tel.: +49 531 470-2425
E-Mail: datenschutz@braunschweig.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Die Verarbeitung der Daten erfolgt auf Grundlage der Einwilligung und der derzeit geltenden Datenschutzbestimmungen (Art. 6 Abs.1 lit. a DS-GVO, Art.9 Abs.2 lit a DS-GVO, § 19 NDSG, § 630d BGB). Die zur Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben (s.o.) erhobenen Daten werden auf Papier und/oder elektronisch erfasst und gespeichert (Patientenakte, § 630f. BGB). Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB).

Statistische Datenauswertungen erfolgen anonymisiert, d. h. ohne die identifizierenden Personendaten/-angaben (Vorname, Name, Geburtsdatum) Ihres Kindes. Die anonymisierten Daten werden für regionale und überregionale statistische gruppenbezogenen Auswertungen gemäß § 8 NGöGD (Gesundheitsberichterstattung) verwendet.

(weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter www.lfd.niedersachsen.de)

Speicherdauer

Für die Daten gilt die gesetzlich vorgeschriebene Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren (§ 630f Abs. 3 BGB). Nach Ablauf dieser Frist werden die Daten gelöscht.

Empfänger der Daten

Es findet keine Weitergabe der personenbezogenen Daten an Dritte statt.

Hinweis zur Datenerhebung bei Dritten (Artikel 14 DS-GVO)

Im Rahmen der Vorbereitung der Untersuchung erhält der umseitig genannte Kinder- und Jugendzahnärztliche Dienst Vorname, Name, Geburtsdatum und Adresse des Kindes. Das gilt auch für den Fall einer Ablehnung, wenn der Speicherung nicht widersprochen wurde.

Hinweise auf Ihre Rechte als betroffene Person

Sie haben das Recht, eine Bestätigung darüber zu verlangen, ob personenbezogene Daten verarbeitet werden, die Sie betreffen; ist dies der Fall, so haben Sie ein **Recht auf Auskunft** über diese personenbezogenen Daten und auf die in Artikel 15 DS-GVO im einzelnen aufgeführten Informationen.

Sie haben das Recht, unverzüglich die **Berichtigung** unrichtiger personenbezogener Daten und ggf. die **Vervollständigung** unvollständiger personenbezogener Daten, die Sie betreffen, zu verlangen (Artikel 16 DS-GVO).

Sie haben das Recht, zu verlangen, dass personenbezogene Daten, die Sie betreffen, unverzüglich gelöscht werden, sofern einer der in Artikel 17 DS-GVO im einzelnen aufgeführten Gründe zutrifft, z. B. wenn die Daten für die verfolgten Zwecke nicht mehr benötigt werden (**Recht auf Löschung**) und die gesetzlichen Aufbewahrungs- und Archivvorschriften einer Löschung nicht entgegenstehen.

Sie haben das Recht, die **Einschränkung der Verarbeitung** zu verlangen, wenn eine der in Artikel 18 DS-GVO aufgeführten Voraussetzungen gegeben ist, z. B. wenn Sie Widerspruch gegen die Verarbeitung eingelegt haben, für die Dauer der Prüfung, ob dem Widerspruch stattgegeben werden kann.

Datenübertragbarkeit: Sie haben gem. Artikel 20 DS-GVO das Recht, die der Stadt Braunschweig aufgrund Ihrer Einwilligung freiwillig zur Verfügung gestellten und elektronisch verarbeiteten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten, so dass Sie diese Daten einer oder einem anderen Verantwortlichen zur Verfügung stellen können.

Sie haben das Recht, aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung personenbezogener Daten, welche Sie betreffen, **Widerspruch** einzulegen. Die/Der Verantwortliche verarbeitet die personenbezogenen Daten dann nicht mehr, es sei denn:

- Die Stadt Braunschweig kann zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, welche Ihren Interessen, Rechten und Freiheiten überwiegen oder
- die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen (Artikel 21 DS-GVO) oder
- die Verarbeitung erfolgt im Rahmen aufsichtsrechtlicher Befugnisse (insbesondere Artikel 57 und Artikel 58 DS-GVO).

Recht auf Beschwerde

Sie haben das Recht, sich über eine fehlerhafte Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch das Gesundheitsamt bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen, Prinzenstr. 5, 30159 Hannover, Tel.: 0511 - 120 4500 / Fax: 0511 - 120 4599
Webseite: www.lfd.niedersachsen.de, eMail: poststelle@lfd.niedersachsen.de

Einwilligungserklärung

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen, Zutreffendes ankreuzen und in der Einrichtung abgeben. Die Einwilligungserklärung wird an das Gesundheitsamt Braunschweig, Abteilung Jugendzahnärztlicher Dienst, weitergeleitet.

Einrichtung		Gruppe
Nachname des Kindes	Vorname des Kindes	Geburtsdatum
Adresse		



Bitte ankreuzen!

- Ja**, ich bin/wir sind mit der zahnärztlichen **Untersuchung** meines/unseres Kindes durch die Zahnärztin des Gesundheitsamtes Braunschweig in der oben genannten Einrichtung einverstanden.
- Nein**, ich bin/wir sind mit der Untersuchung **nicht** einverstanden.
- Ich stimme/wir stimmen der **Archivierung** dieser Einwilligungserklärung **nicht** zu.
(**Achtung!** Nur im Zusammenhang mit der Ablehnung der Untersuchung möglich.)

Diese Erklärung kann jederzeit von mir/uns schriftlich geändert werden.

Ort	Datum	Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten
-----	-------	---