



ARBEITSKREIS FÜR ZAHNÄRZTLICHE VORSORGEMEDIZIN

PROJEKT APOLLONIA NÖ

Neue Herrengasse 10/3. Stock, 3100 St. Pölten

Tel.: 02742/23894, Fax: 02742/23894 - 11

E-mail: office@aks-zavomed.at

ZVR: 409289253



Liebe Eltern!

Es geht um die Zahngesundheit Ihrer Kinder! Die Landes Zahnärztekammer für NÖ, das Land Niederösterreich und die NÖ-Krankenversicherungsträger haben ein gemeinsames Projekt „Apollonia 2020“ ins Leben gerufen, das entscheidend dazu beitragen soll, Ihre Kinder vor Zahnschäden zu bewahren.

Zahnärztinnen/-ärzte und ZahngesundheitserzieherInnen werden die Schule betreuen und die zur Gesunderhaltung der Zähne notwendigen Wissensinhalte vermitteln.

Die zahnärztlichen Untersuchungen finden jeweils in der Vorschule, 1. und 4. Klasse statt und Sie erhalten über etwaige Schäden oder Zahnfehlstellungen eine Information. Es wird keine Zahnbehandlung durchgeführt. Sollte eine Behandlung notwendig sein, erhalten Sie eine Empfehlung, eine Zahnärztin/einen Zahnarzt Ihrer Wahl aufzusuchen.

Wenn Ihr Kind an einer ansteckenden chronischen Krankheit (z.B. Hepatitis, AIDS) oder einer Störung des Immunsystems (z.B. Leukämie) leidet, dann teilen Sie das bitte vor der Untersuchung der Zahnärztin/dem Zahnarzt mit, um entsprechende Vorkehrungen bei der Untersuchung zu treffen. Ihre Angaben unterliegen der zahnärztlichen Verschwiegenheitspflicht und werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

(Fortsetzung umseitig)



ANMELDUNG FÜR DIE ZAHNÄRZTLICHE UNTERSUCHUNG UND DATENSCHUTZRECHTLICHE EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich willige ein, dass im Zuge des Projekts Apollonia 2020 von meinem Kind folgende Daten vom ARBEITSKREIS FÜR ZAHNÄRZTLICHE VORSORGEMEDIZIN (AKS-ZAVOMED) für folgenden Zweck verarbeitet werden:

Name, Geburtsdatum, Geburtsland Österreich (ja oder nein), Gesundheitszustand der Zähne, Zustand der Mundhygiene und Erforderlichkeit einer Behandlung oder Kontrolle zum Zweck der Übermittlung des Untersuchungsergebnisses an mich.

ja

nein

Vor- und Zuname des Kindes	Geburtsdatum	Geburtsland Österreich
		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Datum	Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten	