

Gerne nehmen wir  
einzelne Rückmelde-  
formulare per Fax oder  
Email entgegen!



LAGZ Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege e.V.  
Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (AGZ)  
für den Kreis Altenkirchen  
In der Malzdürre 7  
57610 Altenkirchen

Telefon: 02681 / 81 27 15  
Telefax: 02681 / 81 27 00  
jugendzahnpflege@kreis-ak.de

## Rückmeldung Klassen 2 bis 4

### Für die Zahnarztpraxis:

bitte ausfüllen und bei  
der LAGZ einreichen

Das unten genannte Kind hat sich bei uns zur Untersuchung und ggf. Behandlung vorgestellt.

.....  
Datum

.....  
Stempel der Zahnarztpraxis

Achtung, Stichtag  
Schulwettbewerb bis  
4 Wochen vor  
Beginn der  
**Sommerferien**

**Für die Eltern:**  
bitte ausfüllen und bei  
Ihrer Hauszahnärztin/  
Ihrem Hauszahnarzt abgeben

\_\_\_\_\_  
Name der Schule und Schulort

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Schülers

\_\_\_\_\_  
Klasse

\_\_\_\_\_  
Schuljahr



Ich bin damit einverstanden, dass die oben genannte Zahnarztpraxis dieses (von meinem Zahnarzt) ausgefüllte Formblatt zur nicht personenbezogenen statistischen Erfassung an die LAGZ Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Rheinland-Pfalz e.V. weitergibt und entbinde die Zahnärztin/den Zahnarzt nur für diesen Zweck von der Schweigepflicht. Dieses Formular wird am Ende eines Schuljahres ordnungsgemäß vernichtet. Ich habe jederzeit das Recht, diese Einwilligung gegenüber meiner Zahnärztin/meinem Zahnarzt zu widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten