

Verweisungssystem 2.-4. Klasse :
LAGZ Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege e.V.
Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (AGZ)
für die Stadt Koblenz und den
Landkreis Mayen-Koblenz
Karl-Gassmann-Str. 11
56170 Bendorf

Telefon: 0157 / 54 34 30 72
agz.koblenzmayen@lagz-rlp.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

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