



LAGZ Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege e.V.  
Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (AGZ)  
für die Stadt Koblenz und den  
Landkreis Mayen-Koblenz  
Nebenstelle Gesundheitsamt  
Neversstraße 4 - 6  
56068 Koblenz

Telefon: 0261 / 91 48 07-27  
Telefax: 0261 / 91 48 07-50  
wibke.weber@rps.aok.de

## Rückmeldung „Untersuchung“

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

Die Sanierung ist inzwischen erfolgt.

### Für die Zahnarztpraxis:

bitte ausfüllen und bei  
der LAGZ einreichen

.....  
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