LAGZ Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege e.V.
Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (AGZ)
für den Westerwaldkreis
Postfach 113
56221 Ransbach-Baumbach

Telefon: 02623 / 92 61 80
Telefax: 02623 / 92 63 70
agz.westerwald@lagz-rlp.de

## Rückmeldung „Untersuchung“

**Für die Zahnarztpraxis:**
bitte ausfüllen und bei der LAGZ einreichen

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

☐ Die Sanierung ist inzwischen erfolgt.

..... .....
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