

Name und Adresse  
der Schule

zur Weiterleitung an die betreffenden  
Klassenlehrerinnen und Klassenlehrer

Datum

**Untersuchung durch Schulzahnärztinnen und -zahnärzte im Auftrag der LAGZ  
Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Rheinland-Pfalz e.V.**

Sehr geehrte Damen und Herren,

unsere Schulzahnärztin/unsere Schulzahnarzt hat mit Ihnen einen Termin für die zahnärztliche Untersuchung der Klassenstufe(n) .....vereinbart.

Nach dem Schulgesetz muss die Schule die Eltern über die bevorstehende Untersuchung sowie den festgelegten Termin informieren und darauf hinweisen, dass Eltern an der Untersuchung ihres Kindes teilnehmen können.

Alle Eltern erhalten eine individuelle schriftliche Information über das Ergebnis der Untersuchung ihres Kindes.

Damit Ihr Aufwand möglichst gering bleibt, senden wir Ihnen entsprechende Informationsschreiben für die Eltern. Bitte teilen Sie diese den betreffenden Schülerinnen und Schülern aus und lassen Sie den genauen Untersuchungstermin und - falls bereits bekannt - auch die Uhrzeit eintragen.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist es erforderlich, dass die zahnärztliche Untersuchung in einem separaten Raum stattfindet (z. B. Arztzimmer, Bibliothek). Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

**Ihre Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (AGZ)**

Anlagen