



LAGZ Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege e.V.  
Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (AGZ)  
Kreis Birkenfeld  
Schadtengasse 8  
55765 Birkenfeld

Telefon: 0157 & 54 66 13 38  
agz.birkenfeld@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