Hansestadt LÜBECK

Der Bürgermeister
Bereich: Gesundheitsamt – Zahnärztlicher Dienst
Gebäude: Sophienstraße 2-8
Auskunft: Sekretariat Di 9.00-12.00 Uhr, Do 15.00-17.00 Uhr
Zimmer: 0.23
Tel. (0451) 122-5381
e-mail: zahnarzt@luebeck.de
Unser Zeichen: 53.32.01 VD U20

Einverständniserklärung

zur Teilnahme an den zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in der

> Kita <

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

gemeinsam mit Ihnen wollen wir die Zähne Ihres Kindes gesund erhalten. Daher führen die Zahnärzte und Zahnärztinnen des Gesundheitsamtes in den Kindertagesstätten zahnärztliche Untersuchungen durch. Die Untersuchungen finden in der Regel ab dem 2. Geburtstag und in kleinen Gruppen auf gesetzlicher Grundlage statt (insbesondere auf Basis des GDG – Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Schleswig-Holstein §§ 6 und 7 sowie SGB V – Sozialgesetzbuch V § 21).

Dabei wird auf mögliche Zahnschäden, Prophylaxebedarf sowie auf Zahn- und Kieferfehlstellungen geachtet. Wenn sich hierbei ein Behandlungs- oder Beratungsbedarf ergibt, bekommen Sie eine schriftliche Mitteilung zur Vorlage bei Ihrem/r Hauszahnarzt/ärztin.

Die Untersuchung selbst und die als Teil der medizinischen Dokumentation erhobenen Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den geltenden Datenschutzbestimmungen. Wenn Sie Ihre Einwilligung für die zahnärztliche Untersuchung geben, erhält der Zahnärztliche Dienst von der Kita eine Liste mit dem Namen und dem Geburtsdatum Ihres Kindes. Diese Daten und das Untersuchungsergebnis werden elektronisch gespeichert und anonym statistisch ausgewertet. Diese Statistiken dienen der Planung und der Verbesserung unserer Vorsorgemaßnahmen.

Damit Ihr Kind an dieser zahnärztlichen Untersuchung teilnehmen kann, unterschreiben Sie bitte die Einwilligungserklärung. Diese Erklärung kann von Ihnen jederzeit schriftlich für die Zukunft widerrufen werden. Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichem Gruß

Im Auftrag

Teamleitung zahnärztlicher Dienst des Gesundheitsamts Lübeck

Bitte ermöglichen Sie Ihrem Kind die Teilnahme:

Kita		Gruppe
Nachname	Vorname	Geburtsdatum

Wir sind / Ich bin damit einverstanden, dass unser/mein Kind in der oben genannten Einrichtung an den zahnärztlichen Untersuchungen teilnimmt und die Kita diese Einwilligung an das Gesundheitsamt mit Namen und Geburtsdatum des Kindes in Form einer Namenliste weiterleitet. Mir/Uns ist bekannt, dass die Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Die Informationen nach Art. 12 und 13 der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) haben wir/habe ich erhalten.

Ort	Datum	Unterschrift

Siehe Rückseite: Hinweise zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz

Datenschutz bei der Hansestadt Lübeck – Informationsblatt gem. Art. 12 DSGVO

Wir kommen der Informationspflicht gem. Art. 12 ff DSGVO mit dieser Mitteilung nach, um eine faire und transparente Verarbeitung der personenbezogenen Daten zu gewährleisten (Art. 12 Abs. 2 DSGVO).

Angaben zum Verantwortlichen
Hansestadt Lübeck, Der Bürgermeister, Breite Str. 62, 23539 Lübeck
Telefon 0451-115
info@luebeck.de
www.luebeck.de

Fachbereich 2 – Wirtschaft und Soziales
Fachbereichsleitung
Bereich 2.530 – Gesundheitsamt
Bereichsleitung

Ansprechpartner:in
Abteilungsleitung Zahnärztlicher Dienst, Sophienstr. 2-8, 23560 Lübeck
Telefon 0451-115
info@luebeck.de

Angaben zur Person der Datenschutzbeauftragten
Martina Kieckbusch
datenschutz@luebeck.de

Zwecke der Verarbeitung
Zahnärztliche Untersuchungen

Rechtmäßigkeit der Verarbeitung
Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung beruht auf Art. 6 Abs. 1 DSGVO
aus rechtlicher Verpflichtung gem. § 7 Gesundheitsdienstgesetz und § 21 Sozialgesetzbuch V

Kategorie der personenbezogenen Daten
Vor- und Zuname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummern, Geschlecht; Zuordnung zur Einrichtung Kita/Schule und Gruppe/Klasse (bei den Untersuchten handelt es sich ausschließlich um minderjährige Kinder und Jugendliche – entsprechend werden die Daten zur Kontaktaufnahme auch von den Eltern gespeichert); dazu Angaben zur Anamnese, zahnmedizinische Befunde, Diagnosen und Angaben zum grds. Behandlungsbedarf in einer zahnärztlichen oder kieferorthopädischen Praxis.

Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten
Die Weiterleitung der personenbezogenen Daten erfolgt an Mitarbeiter:innen innerhalb der Abteilung, ansonsten nur in anonymisierter Form für z. B. Gesundheitsberichte oder Studien. Eine Übermittlung der personenbezogenen Daten an ein Drittland erfolgt nicht.

Um eine faire und transparente Verarbeitung zu gewährleisten erhalten Sie nachfolgend zusätzliche Informationen gem. Art. 13 Abs. 2 DSGVO:

Speicherdauer, Löschfristen
Ihre personenbezogenen Daten werden nach den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen für grds. zehn Jahre nach dem letzten Kontakt gespeichert. Spätestens nach Ablauf dieser Frist werden Ihre personenbezogenen Daten gelöscht, außer die Verarbeitung unterliegt zu im öffentlichen Interesse liegenden Archivzwecken, historischen Forschungszwecken oder zu statistischen Zwecken (Art. 89 DSGVO und § 6 LDSG).

Betroffenenrechte
Wir machen Sie auf Ihre Betroffenenrechte nach der DSGVO aufmerksam:
· Auskunftsrecht der betroffenen Person (Art. 15 DSGVO)
· Recht auf Berichtigung (Art. 16 DSGVO)
· Recht auf Löschung/Recht auf Vergessenwerden (Art. 17 DSGVO)
· Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO)
· Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO)
· Widerspruchsrecht (Art. 21 DSGVO)

Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde
Sie haben gem. Art. 77 DSGVO das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten gegen die DSGVO verstößt.

Kontakt in Schleswig-Holstein
Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein (ULD), Holstenstr. 98, 24103 Kiel
mail@datenschutzzentrum.de