

## Einwilligungserklärung zahnärztliche Untersuchungen

arabisch

إقرار الموافقة:

Einwilligungserklärung'

على المشاركة في فحوصات الأسنان في دار الحضانة /مركز الرعاية النهارية للأطفال - الروضة  
über die Teilnahme an ärztlichen Untersuchungen in der Tageseinrichtung / Kindertagespflegestelle

تُجري خدمة الصحة العامة (ÖGD) بالتعاون مع مجموعة عمل ولاية برلين للوقاية من أمراض الأسنان (LAG Berlin) e.V. فحوصات أسنان متسلسلة لجميع الأطفال ، بما في ذلك الوقاية الجماعية ، في مرافق الرعاية النهارية- الحضان ومراكز الرعاية النهارية - الروضة . يمكن العثور على الأساس القانوني المقابل في المادة 9 (2) من قانون تعزيز يوم الطفل (KitaFöG) والمرسوم ذي الصلة بشأن الفحوصات التي تجريها خدمة الصحة العامة في مراكز الرعاية النهارية في ولاية برلين ("RVO-KitaFöG"). لقد تمت طباعة الصيغة الكاملة ("RVO-KitaFöG") على ظهر هذه الصفحة.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) führt in Zusammenarbeit mit der Landesarbeitsgemeinschaft Berlin zur Verhütung von Zahnerkrankungen e.V. (LAG Berlin) in Tageseinrichtungen und Kindertagespflegestellen für alle Kinder zahnärztliche Reihenuntersuchungen einschließlich Gruppenprophylaxemaßnahmen durch. Die entsprechende Rechtsgrundlage findet sich in § 9 Absatz 2 des Kindertagesförderungsgesetzes (KitaFöG) sowie der hierzu ergangenen Verordnung über die Untersuchungen durch den öffentlichen Gesundheitsdienst in Tageseinrichtungen und Kindertagespflegestellen des Landes Berlin („RVO-KitaFöG“). Der vollständige Wortlaut der „RVO-KitaFöG“ ist auf der Rückseite dieser Einwilligungserklärung abgedruckt.

مننا بأن/فيما يلي إقرار مني

Ich willige / Wir willigen hiermit ein, dass

مركز الرعاية النهارية للأطفال-الروضة/طفلنا الملتحق بدار الحضانة النهارية/طفلي  
mein/ unser Kind in der Tageseinrichtung / Kindertagespflegestelle

سيخضع للفحص التسلسلي السنوي على الأسنان،  
an der jährlichen zahnärztlichen Reihenuntersuchung teilnimmt

أثناء الفحص سوف يكون أحد متخصصي التربية الإجتماعية في دار الحضانة النهارية/مركز الرعاية النهارية - الروضة حاضراً.  
während der Untersuchung eine sozialpädagogische Fachkraft der Tageseinrichtung / eine Tagespflegeperson der Kindertagespflegestelle anwesend ist und

وأقر بموافقتي على أن تقوم دار الحضانة /مركز الرعاية النهارية - الروضة للأطفال قبل كل فحص بتوفير البيانات الخاصة باسم وعنوان وتاريخ ميلاد طفلي/طفلنا وأيضا اسمي/أسمائنا وعنواننا لمكتب الصحة المختص لغرض إجراء الفحص على الأسنان، بما في ذلك إجراءات الوقاية الجماعي.

die Tageseinrichtung / Kindertagespflegestelle den Namen, die Anschrift und das Geburtsdatum meines / unseres Kindes sowie meine / unsere Namen und Anschrift dem zuständigen Gesundheitsamt zum Zweck der Durchführung der zahnärztlichen Untersuchung einschließlich Gruppenprophylaxemaßnahme vor der jeweiligen Untersuchung übermittelt.

سيتم الإعلان عن مواعيد الفحوصات الدقيقة في الوقت الصحيح قبل موعد إجراء الفحص المعني.  
Die genauen Untersuchungstermine werden rechtzeitig vor der jeweiligen Untersuchung bekanntgegeben.

يمكن إلغاء إقرار الموافقة هذا الي أن يتم إجراء الفحص على ابني/ابنتنا. وقد علمت/علمنا أن ابني/ابنتنا لن يخضع للفحص الطبي ما لم يتم تقديم إقرار موافقتي/موافقتنا.

Diese Einwilligungserklärung ist bis zur Vornahme der Untersuchung meines / unseres Kindes widerruflich. Mir / uns ist bekannt, dass ohne meine / unsere Einwilligung mein / unser Kind nicht untersucht wird.

وأقر بأنني/بأننا حصلنا/فهمنا وفهمنا منشور البيانات المعد وفقا للقانون الأساسي لحماية البيانات (DSGVO) والخاص بإقرار الموافقة هذه.

Das Informationsblatt nach der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) zu dieser Einwilligungserklärung habe ich / haben wir erhalten und verstanden.

Einwilligungserklärung zahnärztliche Untersuchungen

arabisch

اسم ولقب الطفل: \_\_\_\_\_  
Vorname und Nachname des Kindes:

تاريخ ميلاد الطفل: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum des Kindes:

الجنس: ذكر  أنثى   
männlich weiblich Geschlecht

عنوان سكن الطفل: \_\_\_\_\_  
Wohnanschrift des Kindes

الإسم الأول ولقب مسؤول/مسؤولو الرعاية أو ولي/أولياء الأمر:  
Vorname und Nachname der personensorgeberechtigten oder erziehungsberechtigten Person oder Personen:

عنوان مسؤول/مسؤولو الرعاية أو ولي/أولياء الأمر (إن كان مختلفاً عن عنوان سكن الطفل):  
Anschrift der personensorgeberechtigten oder erziehungsberechtigten Person oder Personen (falls von der Wohnanschrift des Kindes abweichend):

المكان، التاريخ  
Ort, Datum

توقيع مسؤول/مسؤولي الرعاية أو ولي/أولياء الأمر  
Unterschrift der personensorgeberechtigten oder erziehungsberechtigten Person oder Personen

<sup>1</sup>. مسودة نموذجية معدة وفقاً للمادة 1 البند 5 الجملة 3 (m.v.i taFöGiK- RVO. SGVOD) إصدار: 19 تموز 2018 (EI 1.8)  
1 - Mustervordruck nach § 1 Abs. 5 Satz 3 „RVO-KitaFöG“ i.V.m. DSGVO; Stand: 19. Juli 2018 (IE1.8)