

Einwilligungserklärung zahnärztliche Untersuchungen

Farsi

رضایت نامه ۱

Einwilligungserklärung¹

درمورد شرکت در معاینات دندانپزشکی در مرکز روزانه / مرکز مراقبت روزانه کودکان
über die Teilnahme an ärztlichen Untersuchungen in der Tageseinrichtung / Kindertagespflegestelle

سرویس عمومی سلامت (ÖGD) در مشارکت با کارگروه دولتی برلین برای پیشگیری از بیماریهای دندان (LAG Berlin) در مراکز روزانه و مراکز مراقبت روزانه کودکان برای همه کودکان معاینات غربالگری دندانپزشکی علاوه اقدامات پیشگیرانه گروهی انجام میدهد. مبنای حقوقی مربوطه را میتوان در بند ۲ ماده ۹ قانون حمایت روزانه کودکان (KitaFöG) و همچنین این نامه مربوط به معاینات توسط خدمات بهداشت عمومی در مراکز روزانه و مراکز مراقبت روزانه کودکان ایالت برلین (RVO-KitaFöG) پیدا کنید. متن کامل «Der vollständige Wortlaut» در پشت این رضایت نامه چاپ شده است.

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.

من / ما بدین وسیله رضایت میدهم، که

Ich willige / Wir willigen hiermit ein, dass

فرزند من / ما در مرکز روزانه / مرکز مراقبت کودکان

mein / unser Kind in der Tageseinrichtung / Kindertagespflegestelle

در معاینات غربالگری سالیانه دندانپزشکی شرکت کند،

an der jährlichen zahnärztlichen Reihenuntersuchung teilnimmt

هنگام معاینه، یک کارشناس آموزش اجتماعی مرکز نگهداری / یک مراقب مرکز مراقبت روزانه کودکان حضور داشته باشد و

während der Untersuchung eine sozialpädagogische Fachkraft der Tageseinrichtung / eine Tagespflegeperson der Kindertagespflegestelle anwesend ist und

مرکز روزانه / مرکز مراقبت روزانه کودکان نام، آدرس و تاریخ تولد فرزند من / ما و همچنین اسم من / ما را به اداره بهداشت مربوطه، به منظور انجام معاینات دندانپزشکی علاوه اقدامات گروهی پیشگیرانه قبل از انجام معاینه مورد نظر، ارائه دهد.

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.

تاریخ های دقیق معاینات به موقع و قبل از انجام معاینه مورد نظر اعلام خواهد شد.

Die genauen Untersuchungstermine werden rechtzeitig vor der jeweiligen Untersuchung bekanntgegeben.

این رضایت نامه تا قبل از انجام معاینات فرزند من / ما قابل فسخ می باشد. من / ما مطلع هستیم که بدون رضایت من / ما، فرزند من / ما معاینه نخواهد شد.

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.

من / ما برگه اطلاعات مربوط به دستورالعمل پایه حفاظت از داده ها (DSGVO) را که مربوط به این رضایت نامه میباشد، مطالعه و درک نموده ایم.

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

Einwilligungserklärung zahnärztliche Untersuchungen

Farsi

نام و نام خانوادگی کودک: _____
Vorname und Nachname des Kindes:

تاریخ تولد کودک: _____
Geburtsdatum des Kindes:

جنسیت: مذکر مونث
Geschlecht männlich weiblich

آدرس محل سکونت کودک: _____
Wohnanschrift des Kindes

نام و نام خانوادگی قیم یا سرپرست / سرپرستان قانونی: _____
Vorname und Nachname der personensorgeberechtigten oder erziehungsberechtigten Person oder Personen:

آدرس قیم یا سرپرست / سرپرستان قانونی (اگر متفاوت از آدرس محل سکونت کودک باشد):
Anschrift der personensorgeberechtigten oder erziehungsberechtigten Person oder Personen (falls von der Wohnanschrift des Kindes abweichend):

محل، تاریخ
Ort, Datum

امضای قیم یا سرپرست / سرپرستان قانونی
Unterschrift der personensorgeberechtigten oder erziehungsberechtigten Person oder Personen

۱- فرم نمونه مطابق با جزء ۳ بند ۵ ماده ۱ قانون „RVO-KitaFöG“ در ارتباط با DSGVO، مورخ: ۱۹ ژوئیه ۲۰۱۸ (IE1,8)
¹ - Mustervordruck nach § 1 Abs. 5 Satz 3 „RVO-KitaFöG“ i.V.m. DSGVO; Stand: 19. Juli 2018 (IE1.8)