



Kindergarten-Vorsorgeprogramm des Landes Tirol

Zustimmungserklärung

Kindergarten

Name des Kindes:

.....
(Nachname) (Vorname) (Geburtsdatum) Geschl.: w m

Ich
(Name der/s Erziehungsberechtigten)

bin mit folgenden kostenlosen Untersuchungen meines Kindes einverstanden:

Allgemeinmedizinische Reihenuntersuchung ja nein

Augenfachärztliche Reihenuntersuchung ja nein

Als Erziehungsberechtigte/r stimme ich ausdrücklich zu, dass die personenbezogenen Daten meines Kindes, die aufgrund der von mir oben angekreuzten und gewünschten Untersuchungen ermittelt werden, zu Zwecken der Dokumentation, der Vermeidung von Doppeluntersuchungen, sowie zum Zwecke der Verrechnung des ärztlichen Honorars vom Amt der Tiroler Landesregierung, DVR: 0059463, verarbeitet werden. Hinsichtlich der allgemeinmedizinischen Untersuchung handelt es sich um jene personenbezogenen Daten, die im angeschlossenen Gesundheitsblatt angeführt sind. Das Gesundheitsblatt wird dem Erziehungsberechtigten am Ende der Kindergartenzeit ausgefolgt. Betreffend der augenärztlichen Untersuchung werden zusätzlich „Sehkraft“, „Einstellbewegung“, „Augenbeweglichkeit“ und „räumliches Sehen“ sowie „Augenhintergrund“ verarbeitet.

Es erfolgt keine Datenübermittlung an Dritte.

Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen werden kann.

Datum/Unterschrift: