AMT DER NIEDERÖSTERREICHISCHEN LANDESREGIERUNG
ABTEILUNG GESUNDHEITSWESEN
SEHTEST

Elterninformation

Liebe Eltern!

Wir möchten Ihre Bemühungen um die **GESUNDHEIT IHRES KINDES** durch einen bewährten vorsorgemedizinischen Dienst unterstützen.

Lassen Sie Ihr Kind an einer Überprüfung des Sehvermögens teilnehmen, auch wenn Sie sicher sind, dass Ihr Kind gut sieht. Es kommt vor, dass anscheinend gesunde Kinder verborgene Sehfehler haben. Orthoptistinnen können diese auf spielerische Art finden und sie einer Frühbehandlung zuführen.

Damit haben Sie als Eltern die Möglichkeit, Ihr Kind an einem

kostenlosen Sehtest

teilnehmen zu lassen.

Alle Kinder ab der VOLLENDUNG DES 3. LEBENSJAHRES können an der Untersuchung teilnehmen - unabhängig davon, ob sie den Kindergarten besuchen oder nicht!

Wir freuen uns, wenn Sie von dieser Möglichkeit Gebrauch machen.

Mit freundlichem Gruß
NÖ Landesregierung
Im Auftrag

(Dr. de Martin)
Sanitätsdirektor

--------✂----------✂----------

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich bin ☐ einverstanden
☐ nicht einverstanden

dass mein Kind ..... am kostenlosen Sehtest teilnimmt.

....
Datum Unterschrift der Erziehungsberechtigten

INFORMATION FÜR ELTERN

Sehr geehrter Eltern!

Im NÖ Landeskindergarten _____
Besteht die Möglichkeit, Ihr Kind kostenlos an einem SEHTEST und / oder HÖRTEST teilnehmen zu lassen, der vom Land NÖ angeboten wird.
Über den genauen Zeitpunkt des Sehtests und des Hörtests werden Sie gesondert informiert. Für die Teilnahme Ihres Kindes ist Ihr Einverständnis Voraussetzung und es besteht für Sie die Möglichkeit, vor dem jeweiligen Zeitpunkt des Sehtests und Hörtests eine entsprechende Einverständniserklärung zu unterzeichnen.

In Kooperation des Lands NÖ mit dem Bundesministerium für Gesundheit und der Gebietskrankenkasse wird das Zahngesundheitsprojekt APPOLLONIA durchgeführt.
Falls sie möchten, dass Ihr Kind nach erhaltener Information am Zahngesundheitsprojekt APOLLONIA teilnimmt, ersuchen wir Sie um Ihr schriftliches Einverständnis.

Die Kindergartenleitung

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich _____ wurde über das
Name der Eltern (Erziehungsberechtigten)

Zahngesundheitsprojekt APOLLONIA informiert und möchte, dass mein

Kind _____ an diesem Projekt teilnimmt.
Name des Kindes

Diese Zustimmung gilt für die Dauer des Kindergartenbesuches, kann jedoch jederzeit widerrufen werden.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten)