



**Einverständniserklärung
zur gesundheitlichen Erstversorgung meines/unseres Kindes und die Erhebung von Daten durch
eine Schulgesundheitsfachkraft
des Bezirksamtes Mitte von Berlin/ Gesundheitsamt**

für unser/mein Kind:

Vorname und Nachname des Kindes:

Schule:

Klasse:

Geburtsdatum des Kindes:

Namen der Personensorgeberechtigten:

Anschrift:

Telefonnummer der Personensorgeberechtigten:

Emailadresse (freiwillig):

Ich/Wir erkläre/n unser/mein Einverständnis zur gesundheitlichen Erstversorgung meines/unseres Kindes und der damit verbundenen Datenerhebung durch die Schulgesundheitsfachkraft an oben genannter Schule für die Zeit des Schulbesuches für folgende Tätigkeiten der eingesetzten Schulgesundheitsfachkraft:

- Gesundheitliche Versorgung mit dem Schwerpunkt Erstversorgung,
- Gesundheitsförderung und Prävention,
- Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen/Behinderungen bzw. nach längerer krankheitsbedingter Abwesenheit von der Schule,
- Ansprech- und Vertrauensperson für Schüler*innen mit gesundheitlichen Auffälligkeiten.

Daraus ergeben sich folgende konkrete Maßnahmen und Tätigkeiten:

- Die Aufsichtspflicht der Schule wird während der Zeiten, in denen die Schulgesundheitsfachkraft ihre Leistungen für eine*n Schüler*in erbringt, insbesondere in der Sprechstunde, von der Schulgesundheitsfachkraft ausgeübt.
- Akutversorgung bei Unfällen von Schüler*innen.
- Im Notfall: Verständigung von Rettungsdienst oder anderer medizinischer Dienste.
- Versorgung akut erkrankter Schüler*innen.
- Anlassbezogene präventive Beratung von Schüler*innen und ggf. der Eltern zu gesundheitsbezogenen Themen.
- Begleitung chronisch kranker/behinderter Kinder und Jugendlicher und Achten auf ein gesundheitsförderliches Verhalten der Schüler*innen, aber auch bei schulbezogenen Aktivitäten auf die Einbeziehung der Schüler*innen und ihrer gesundheitlichen Bedarfe.
- Information der Eltern nach einer medizinischen Versorgungsmaßnahme.
- Informationsaustausch mit den Eltern über notwendige Maßnahmen in der Schule bei chronischen Erkrankungen des Kindes (Medikamenteneinnahme, Notfallmedikation, pflegerische Maßnahmen etc.) und Dokumentation dieser Maßnahmen und die dazugehörigen schriftlichen ärztlichen Verordnungen bzw. Verfahrenshinweise.
- Die Schulgesundheitsfachkraft arbeitet für die Dokumentation von Unfällen von Schüler*innen im Verbandbuch der Schule zu.
- Die Schulgesundheitsfachkraft erfasst spezielle Gesundheitsbedarfe an der Schule in anonymisierter Form und berichtet hierzu an die Schulleitung und das Gesundheitsamt

Folgende Leistungen finden **nur** bei einem konkret benannten Anlass und **nur** nach schriftlicher ergänzender Einverständniserklärung durch Personensorgeberechtigte im Einzelfall statt:

- Mitwirkung bei Fallkonferenzen von Schüler*innen, die sich in medizinischen Versorgungssettings befinden.
- Unterstützung der nachgehenden Gesundheitsfürsorge bei schulrelevanten Gesundheitsstörungen, insbesondere bei chronischen Erkrankungen in fachlicher Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD), inkl. Dokumentation. .
- Individuelle gesundheitsbezogene Unterstützung anhand eigener Beobachtungsergebnisse oder auf Anfrage der Lehrkräfte, inkl. Dokumentation.
- Mitwirkung bei der Umsetzung erforderlicher therapeutischer Maßnahmen innerhalb der Schule in Zusammenarbeit mit den Eltern sowie im Bedarfsfall mit dem KJGD bzw. niedergelassenen Fachärztinnen/Fachärzten.
- Vermittlung an konkrete Ansprechpersonen in außerschulischen medizinischen, zahnmedizinischen, pflegerischen, therapeutischen und/oder psychosozialen Einrichtungen/Diensten.
- Vermittlung an konkrete inner- und außerschulische Ansprechpersonen (z.B. Schulsozialarbeiter*innen, Schulpsychologischer Dienst).
- Beratungsgespräche mit Kindern und Jugendlichen, mit Eltern sowie mit Lehrkräften zu gesundheitsbezogenen Auffälligkeiten einzelner Schüler*innen.

Mit dieser Einverständniserklärung willige ich/ willigen wir auch in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten (insbesondere Gesundheitsdaten) ein, soweit dies für die genannten Tätigkeiten durch die Schulgesundheitsfachkraft erforderlich ist. Insbesondere bin ich/ sind wir mit der Dokumentation der Tätigkeit durch die Schulgesundheitsfachkraft einverstanden. Sie wird nur Daten erfassen, die in diesem Zusammenhang stehen. Die Daten werden in einem Programm der Schulgesundheitsfachkräfte zur Dokumentation gespeichert bzw. werden Handakten zur Dokumentation der Einwilligung und mit Gesprächsnotizen angelegt.

Ich stimme / wir stimmen der Information der Schule und des Gesundheitsamtes über mein Einverständnis bzw. über einen Widerruf zu und bin/sind damit einverstanden, dass die Schule die Information darüber bis zu einem Ausscheiden aus der Schule meines/unseres Kindes speichert und dann löscht. Umgekehrt willige ich/willigen wir darin ein, dass die Schule für den Fall, dass mein/unser Kind die Schule endgültig verlässt, die Schulgesundheitsfachkraft über diesen Umstand und den relevanten Zeitpunkt in Kenntnis setzt, welche wiederum das Gesundheitsamt über die Beendigung informiert.

Wenn die Schulgesundheitsfachkraft mit einem Unfall meines/unseres Kindes befasst war, wird sie der Schule die ihr dadurch bekannten notwendigen personenbezogenen Daten meines Kindes für das Verbandbuch bzw. für die Meldungen an die gesetzliche Unfallversicherung übermitteln.

Im Einzelfall und mit begründetem Anlass kann die Schulgesundheitsfachkraft mir/uns das Hinzuziehen von Personen aus der Schule oder aus inner- und außerschulischen Einrichtungen vorschlagen. Mir/Uns ist bewusst, dass dies eine Offenbarung meines Einverständnisses zur Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft gegenüber dem Dritten mit sich bringen kann.

Uns/ Mir ist bekannt, dass das Einverständnis regulär mit dem Ausscheiden meines/ unseres Kindes aus der Schule endet. Ich bin damit einverstanden, dass danach alle handschriftlichen Aufzeichnungen nach Beendigung beim Gesundheitsamt zentral und datenschutzgerecht für ein Jahr aufbewahrt werden. Nach Ablauf der Löschfrist von einem Jahr werden alle Daten meines Kindes wirksam vernichtet. Während der Archivierungsfrist werden die Daten nur zentral gesichert, es sei denn, ich/wir beantragen eine Einsicht in die Dokumentation meines/unseres Kindes oder ein eventueller Haftungsanspruch gegen das Bezirksamt bzw. deren Mitarbeiter bedarf der Klärung durch diese. Im letzteren Fall verlängert sich die Löschfrist im erforderlichen Umfang.

Folgende Hinweise (z.B. Medikamente, Allergien, chronische Erkrankungen) möchte ich/wir zu meinem/ unserem Kind an die Schulgesundheitsfachkraft geben:

Weitere Regelungen:

Entfernung von Splitter:

☐ Ja☐ Nein**Recht auf Widerruf (Art. 21 DSGVO)**

Die Datenerhebung erfolgt ausschließlich auf freiwilliger Basis.

Mir/uns ist bekannt, dass ich/wir diese Einverständniserklärung jederzeit und ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen können. Ab dann werden keine weiteren Daten erhoben.

Ich weiß/wir wissen, dass ein solcher Widerruf zugleich die gesundheitliche Betreuung meines/unseres Kindes beendet.

Nach Art. 14 DSGVO werden die Eltern informiert, wenn Daten nicht bei der betroffenen Person erhoben werden. Nach Art. 15 DSGVO haben die Eltern ein Auskunftsrecht, welche Daten über ihr Kind verarbeitet wurden. Des Weiteren besteht ein Recht auf Berichtigung unrichtiger personenbezogener Daten bzw. ein Recht auf Ergänzung nach Art. 16 DSGVO.

Des Weiteren haben Sie das Recht auf Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung der Daten, sowie auf Widerspruch gegen die Verarbeitung (Art. 17, 18 und 21 Abs. 1 DSGVO).

Sollten Sie von den oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft das Bezirksamt, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

Für alle Fragen hierzu wenden Sie sich bitte gern an den Amtsleiter des Gesundheitsamtes Herrn Dr. Murajda:

Amtsleiter Gesundheitsamt Mitte

Bezirksamt Mitte von Berlin

Gesundheitsamt

Turmstr. 21, Haus B

10559 Berlin

E- Mail: Lukas.Murajda@ba-mitte.berlin.de

Sie haben nach Art. 77 DSGVO das Recht zur Beschwerde bei der zuständigen Behörde.

.....
Ort, Datum

Unterschrift aller Personensorgeberechtigten (Eltern)

Bitte geben Sie diese Einverständniserklärung im verschlossenen Umschlag bei der Klassenleitung ab.