

**Einverständniserklärung
zur gesundheitlichen Erstversorgung meines/unseres Kindes und die
Erhebung von Daten durch eine Schulgesundheitsfachkraft
des AWO Bezirksverband Potsdam e.V.**

für unsere/meine Tochter bzw. unseren/meinen Sohn

Name des Kindes:

Schule:

Klasse:

Geburtsdatum des Kindes:

Namen der Personensorgeberechtigten:

Anschrift:

Telefonnummer der Personensorgeberechtigten:

Ich/Wir erklären 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,
- Früherkennung,
- 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:

A:

- Die Schulgesundheitsfachkraft erfasst spezielle Gesundheitsbedarfe an der Schule in anonymisierter Form und berichtet hierzu an die Schulleitung und an den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst.
- 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.

B:

- 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.

C:

- Die Schulgesundheitsfachkraft arbeitet für die Dokumentation von Unfällen von Schüler*innen im Verbandsbuch der Schule zu.

Folgende Leistungen finden nur bei einem konkret benannten Anlass und nur nach schriftlicher ergänzender Einverständniserklärung durch Personensorgeberechtigte (Anlage 1) im Einzelfall statt:

D:

- 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.
- Anlassbezogene Durchführung standardisierter Testverfahren (z.B. Hör- und/oder Sehtest), inkl. Information der Eltern und KJGD über die Testergebnisse.
- 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 unter B, C oder ggf. D genannten Tätigkeiten durch die Schulgesundheitsfachkraft erforderlich ist. Insbesondere bin ich/ sind wir mit der Dokumentation (Anlage 2 - Screenshot 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. Nur die Schulgesundheitsfachkraft vor Ort kann den Namen meines Kindes mit der Dokumentation zusammenführen bzw. kennt die Schüler- Nr. meines Kindes.**

Ich stimme / wir stimmen der Information der Schule und des AWO Bezirksverbandes Potsdam e.V. über mein Einverständnis bzw. über einen Widerruf zu und sind damit einverstanden, dass die Schule die Information darüber bis zu einem Ausscheiden aus der Schule meines/unsere 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 den AWO Bezirksverband Potsdam e.V. über die Beendigung informiert.

Wenn die Schulgesundheitsfachkraft mit einem Unfall meines 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.

Ich bin/ Wir sind auch mit der Weiterleitung der vorher pseudonymisierten und verschlüsselten Daten an den vertraglichen Dienstleister der AWO dem Delmenhorster Institut zur pseudonymisierten Auswertung einverstanden.

Hierbei handelt es sich um folgende Daten:

- Fall- Nr.,
- Geschlecht Kind,
- Schüler- Nr.,
- Schul- Nr.,
- Geburtsjahr,
- Datum des Einsatzes,
- Zeitraum des Einsatzes,
- Versäumte Unterrichtszeit,
- Anlass/ Beschwerden des Kindes, wie akute Probleme, Verletzungen, chronische Probleme
- Anfragen von (Personenkreis)
- Weitere Bedarfe
- Maßnahmen der Schulgesundheitsfachkraft,
- Ggf. Weitere personenbezogene Beratungen,
- Ggf. Beratung Schulpersonal,
- Ggf. Medizinische Versorgung Vermittlung extern
- Auswirkungen der Arbeit der Schulgesundheitsfachkraft.

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. Die Schulgesundheitsfachkraft darf erst Daten meines/unseres Kindes an Dritte (s. unter D) übermitteln, nachdem ich/wir dies im Einzelfall in Form einer schriftlichen Einverständniserklärung erlaubt habe(n). 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 AWO Bezirksverband Potsdam e.V. 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 die AWO bzw. deren Mitarbeiter bedarf der Klärung durch diese. Im letzteren Fall verlängert sich die Löschfrist im erforderlichen Umfang.

Folgende Hinweise möchte ich/wir zu meiner / unserer Tochter bzw. zu meinem / unserem Sohn an die Schulgesundheitsfachkraft geben:

Weitere Regelungen:

Entfernung von Zecken:

- Ja
- Nein

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 der AWO Bezirksverband Potsdam e.V. innerhalb von 4 Wochen, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

Für alle Fragen hierzu wenden Sie sich bitte gern an unsere Datenschutzbeauftragte Frau Lipp:

Datenschutzbeauftragte des AWO Bezirksverband Potsdam e.V.
Neuendorfer Str. 39 a, 14480 Potsdam
Telefon: 0331/ 730 41 711 E- Mail: datenschutz@awo-potdam.de

Sie haben nach Art. 77 DSGVO das Recht zur Beschwerde bei der zuständigen Datenschutzbehörde. Dies ist die Landesbeauftragte für den Datenschutz und für das Recht auf Akteneinsicht Brandenburg

<https://www.lda.brandenburg.de>.

Ort, Datum

.....

(Unterschrift alle Personensorgeberechtigte)

ANLAGEN

1. Einverständniserklärung Einzeln Minderjährige SGFK
2. Screenshot Dokumentation