



Klasse:.....

Name:.....

Anschrift:.....

Geburtsdatum des Kindes:.....

Telefonnummer der Personensorgeberechtigten:.....



(Stempel des Projektträgers)

## Einverständniserklärung

über die Teilnahme meines / unseres Kindes am Modellprojekt  
„Einführung von Schulgesundheitsfachkräften an öffentlichen Schulen im  
Land Brandenburg“ bis zum 31.12.2021

Im Folgenden geht es um die Teilnahme unserer/meiner Tochter bzw. unseres/meines  
Sohnes

.....

(Vor- und Nachname)

am Modellprojekt „Einführung von Schulgesundheitsfachkräften an öffentlichen  
Schulen im Land Brandenburg“.

## I. TÄTIGKEITEN

Die Teilnahme umfasst die Erbringung von Maßnahmen in folgenden Tätigkeitsbereichen durch die Schulgesundheitsfachkraft an der Schule:

- 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 Schülerinnen und Schüler 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 Schülerin oder einen Schüler erbringt, insbesondere in der Sprechstunde, von der Schulgesundheitsfachkraft ausgeübt.

### B

- Akutversorgung bei Unfällen von Schülerinnen und Schüler.
- Im Notfall: Verständigung von Rettungsdienst oder anderer medizinischer Dienste.
- Versorgung akut erkrankter Schülerinnen und Schüler.
- 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.

- Anlassbezogene präventive Beratung von Schülerinnen und Schüler und ggf. der Eltern zu gesundheitsbezogenen Themen.
- Begleitung chronisch kranker/behinderter Kinder und Jugendlicher und Achten auf ein gesundheitsförderliches Verhalten der Schülerinnen und Schüler, aber auch bei schulbezogenen Aktivitäten auf die Einbeziehung der Schülerinnen und Schüler und ihrer gesundheitlichen Bedarfe.

## C

Die Schulgesundheitsfachkraft regt die Dokumentation von Unfällen von Schülerinnen und Schüler im Verbandbuch der Schule an.

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

## D

- Mitwirkung bei Fallkonferenzen von Schülerinnen und Schüler, 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 durch (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. einer/einem niedergelassenen Fachärztinnen/Fachärzte.
- Vermittlung an konkrete Ansprechperson 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 Schülerinnen und Schüler.

Alle unter B und unter D genannten Leistungen erfasst die Schulgesundheitsfachkraft in Dokumentationsbögen (s. Anlage 2). Sie wird nur Daten erfassen, die in diesem Zusammenhang stehen.

## **II. Einwilligung in die DATENERHEBUNG,-VERARBEITUNG UND -NUTZUNG**

Mit der Einwilligung zur Teilnahme an dem Projekt willige ich/willigen wir auch in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten (insbesondere Gesundheitsdaten) meines/unseres Kindes ein, soweit dies für die unter B und ggf. auch die unter D genannten Tätigkeiten durch die Schulgesundheitsfachkraft erforderlich ist. Insbesondere bin ich/sind wir mit der Dokumentation (s. Anlage 1) ihrer Tätigkeit durch die Schulgesundheitsfachkraft einverstanden.

Ich stimme / wir stimmen der Information der Schule und des Projektträgers (AWO) über die Teilnahme am Projekt bzw. über einen Widerruf zu und sind damit einverstanden, dass die Schule die Information über die Teilnahme bis zum Ende des Projektes bzw. bis zu einem vorzeitigen Ausscheiden meines/unseres Kindes aus dem Projekt speichert und dann löscht. Umgekehrt willige ich 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 Projektträger über die Beendigung der Teilnahme 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.

Wir sind auch mit der Weiterleitung der vorher pseudonymisierten Daten an den Projektträger zur Auswertung an das Delmenhorster Institut für Gesundheitsförderung (DIG), einverstanden (s. Anlage 1).

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 der Teilnahme am Projekt gegenüber dem Dritten mit sich bringen kann.

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme regulär mit dem Ablauf des Projektes am 31.12.2021 endet. Ich bin damit einverstanden, dass danach alle Dokumente und der Computer der Schulgesundheitsfachkraft auf einem genau vorgeschriebenen sicheren Weg an den Projektträger gehen und dort alle Daten zentral und datenschutzgerecht für ein Jahr unter folgenden Bedingungen aufbewahrt werden: Nach Ablauf der Löschfrist von einem Jahr werden alle Daten von dem zentralen Datenträger wirksam gelöscht. In dieser Zeit werden die Daten regelmäßig nur gespeichert, es sei denn, ich/wir beantragen eine Einsicht in die Dokumentation meines/unseres Kindes oder ein eventueller Haftungsanspruch gegen die AWO (Projektträger) bzw. deren Mitarbeiter bedarf der Klärung durch diese. Im letzteren Fall verlängert sich die Löschfrist im erforderlichen Umfang.

Ort, Datum

.....

(Unterschrift aller sorgeberechtigten Personen)

## 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 Teilnahme am Projekt 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: [datenschutzbeauftragter@awo-potdam.de](mailto:datenschutzbeauftragter@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 aller sorgeberechtigten Personen)

## ANLAGEN

1. Einverständniserklärung einzeln Weitergabe und Einholen von Daten
2. Formular Datenerfassung
3. Hinweis auf Besonderheiten
4. Zusammenfassung aus dem Datenschutzkonzept

**Nur zur Information – Bitte nicht ausfüllen und unterschreiben!**

Name:.....

Anschrift:.....

Geburtsdatum des Kindes:.....

Telefonnummer der Personensorgeberechtigten.....



(Stempel des Projektträgers)

Im Einzelfall und mit begründetem Anlass kann die Schulgesundheitsfachkraft das Hinzuziehen von Personen aus der Schule oder aus inner- und außerschulischen Einrichtungen vorschlagen. Die Schulgesundheitsfachkraft darf erst Daten über das betroffene Kind an Dritte (s. unter D) weitergeben, nachdem der bzw. die Personensorgeberechtigte/n im Einzelfall in Form einer schriftlichen Einverständniserklärung dies erlaubt haben.

**Einverständniserklärung über die Weitergabe bzw. das Einholen von personenbezogenen Daten**

**über mein / unser Kind im Rahmen des Modellprojekts „Einführung von Schulgesundheitsfachkräften an öffentlichen Schulen im Land Brandenburg“ bis zum 31.12.2021**

Diese Einverständniserklärung gilt für meine / unsere Tochter bzw. meinen / unseren Sohn

.....

(Vor- und Nachname)

Hiermit stimme ich / stimmen wir der Weitergabe personenbezogener Daten über mein / unser Kind im Rahmen des Modellprojekts „Einführung von Schulgesundheitsfachkräften an öffentlichen Schulen im Land Brandenburg“ durch die Schulgesundheitsfachkraft an ausschließlich folgende Person(en) bzw. umgekehrt, das Einholen von Informationen über mein Kind, zu:



**Anlage 1 Einverständniserklärung einzeln Weitergabe und Einholen von Daten**

(Hinweis: blaue Schrift sind Beispiele, bitte die Person einzeln mit Namen und Kontaktdaten auf jedem Blatt eintragen und die übrigen Personengruppen löschen)

- Schulleitung/Lehrkraft/ medizinische, pflegerische, therapeutische und/oder psychosoziale Einrichtungen/Dienste, Inner- und außerschulische Einrichtung (z.B. Schulsozialarbeiter/innen, Schulpsychologischer Dienst), Außerschulische medizinische, zahnmedizinische, pflegerische, therapeutische und/oder psychosoziale Einrichtung/Dienst, Kinder- und Jugendärzte und Ärztinnen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes, Zahnärzte und Zahnärztinnen der Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter

Diese Einverständniserklärung wird aus folgendem Anlass gegeben:

Diese Einverständniserklärung gilt nicht über die Klärung des Anlasses hinaus und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Der Widerruf hat keinen Einfluss auf die Teilnahme am Modellprojekt.

Diese Einverständniserklärung wird von der Schulgesundheitsfachkraft bei der Einwilligung zur Teilnahme am Projekt gemäß dem Datenschutzkonzept verwahrt.

Ort, Datum

.....

(Unterschrift Personensorgeberechtigte)

# Falldokumentation

Neu

Kein automatisches Speichern !! -"Speichern" am Ende nicht vergessen!!

Auswahl eines schon bekannten Schülers/Schülerin

-- Auswahl --

+ Neuer Schüler/ neue Schülerin

## Anlässe

### Akute Probleme

- Bauchschmerzen
- Kopfschmerzen
- Magen-Darm
- Fieber
- Erkältung
- Husten
- Luftnot
- Unwohlsein
- Schwindel
- Regelbeschwerden
- Andere

### Verletzungen

- Unfall
- Selbstverletzung
- Gewalt/ Vorsatz

### Chronische Probleme

- Diabetes
- Asthma/ Allergie
- Epilepsie
- ADHS
- Akute psychische Probleme
- Soziale Probleme
- Andere Probleme

### Anfragen von

- Eltern
- Schule

### Noch weitere Bedarfe festgestellt

- Medizinische Versorgung
- Psychologische Beratung
- Pädagogische Hilfen
- Soziale Unterstützung
- Andere

Kommentar für Anlässe

Datum

12.11.2020

Zeit

00:00

Dauer

Stunden                      Minuten

## Maßnahmen

### Behandlung und Beratung

- Wärmeanwendung
- Kälteanwendung
- Wundversorgung
- Schmerzmanagement
- Untersuchung
- Blutdruck gemessen
- Blutdruck auffällig
- Puls gemessen
- Puls auffällig
- Temperatur gemessen
- Temperatur auffällig
- Beratung
- Ruhen
- Emotionale Unterstützung
- Andere
- Fallbegleitung in Schule
- Fallbegleitung außerhalb
- Verlaufsbegleitung am selben Tag
- Verlaufsbegleitung mehrere Tage

### Weitere KINDBEZOGENE Beratungen

- Chronische Probleme
- Ges- Beratung Lehrer
- Ges- Beratung Klasse
- Ges- Beratung Eltern
- Ges- Beratung Schulsozialarbeit
- Ges- Beratung ausserhalb Schule

### Beratung Schulpersonal

- Beratung Lehrer\*in
- Beratung Andere

### Medizinische Versorgung eingeleitet? Es erfolgt:

- eine ärztliche Versorgung
- eine medizinisch- therapeutische Versorgung
- eine psychologische/ therapeutische Beratung
- eine andere Therapie

### Auswirkungen

- Rückkehr in Unterricht
- Schüler nach Hause
- RTW/Klinik
- Andere Betreuung
- Teilnahme am Unterricht ermöglicht
- Teilnahme am Sport ermöglicht
- Teilnahme an Klassenfahrt ermöglicht

Kommentar für Maßnahmen



**Anlage 3 – Hinweise auf Besonderheiten**

Folgende Hinweise zu meiner / unserer Tochter bzw. zu meinem / unserem Sohn

**Name:**.....  
**Anschrift:**.....  
**Geburtsdatum des Kindes:**.....  
**Telefonnummer der Personensorgeberechtigten:**.....

möchte ich / möchten wir an die Schulgesundheitsfachkraft geben:

.....  
.....  
.....  
.....

Wir bitten darum, diese zu speichern und im erforderlichen Umfang zu verwenden.

**Gesundheitliche Erstversorgung im Rahmen des Projektes Schulgesundheitsfachkräfte**

Entfernung von Zecken:

- Ja
- Nein

Entfernung von Splitter:

- Ja
- Nein

Ort, Datum

.....

(Unterschrift Personensorgeberechtigte)

## **Anlage 4 – Zusammenfassung aus dem Datenschutzkonzept**

Mehr Informationen über die Datensicherung sowie die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten enthalten die Regeln des Datenschutzkonzeptes, welches beim Projektträger eingesehen werden kann. Hier folgt eine Zusammenfassung der wesentlichen Informationen aus dem Datenschutzkonzept.

### 1. Wer kann die Daten einsehen?

Im Rahmen ihrer Anstellung beim Projektträger wurde die Schulgesundheitsfachkraft auf das Datengeheimnis verpflichtet und zum Datenschutz nach der DSGVO geschult.

Die Schulgesundheitsfachkraft und die Personensorgeberechtigten sind die einzigen Personen, die diese persönlichen Daten einsehen und ggf. bearbeiten dürfen.

Lediglich im Falle eines eventuellen Haftungsanspruchs, der sich gegen den Träger richtet, darf dieser die jeweiligen Daten mit Personenbezug unter Einhaltung des Vier-Augen-Prinzips einsehen.

### 2. Wo liegen die Daten?

Die Schulgesundheitsfachkraft wird ausschließlich die im Rahmen der unter B und ggf. unter D angefallenen Daten in einem Dokumentationsbogen erheben, auf einem Computer ohne Internetanschluss speichern und nur für ihren eigenen Bedarf (Tätigkeitsdokumentation o. ä.) bearbeiten.

Alle Dokumente mit personenbezogenen Daten werden in verschließbaren (Metall-) Schränken im abschließbaren Raum der Schulgesundheitsfachkraft der Schule aufbewahrt, zu dem nur die Schulgesundheitsfachkraft Zugang hat. In dem Raum befindet sich auch der Computer, auf den nur die Schulgesundheitsfachkraft Zugriff hat.

### 3. Werden Daten weitergegeben?

Ausschließlich an den Projektträger (AWO Bezirksverband Potsdam e.V.) und an das Delmenhorster Institut für Gesundheitsförderung (DIG) darf die Schulgesundheitskraft nur vorher von ihr pseudonymisierte Daten weitergeben. Dadurch kann im Regelfall weder der Projektträger noch das DIG erfahren, um wen es sich handelt (kein Personenbezug).

Der Projektträger und die DIG erhalten diese Daten ohne Personenbezug nur zum Zweck der internen Dokumentation der erbrachten Leistungen und der statistischen Auswertung.

Sollte es einzelnen Mitarbeitenden etwa aufgrund einer seltenen Erkrankung oder durch besondere Umstände eines Unfalls möglich sein, von den pseudonymisierten Daten Rückschlüsse auf eine/n bestimmte/n Schüler/in zu schließen, unterliegen sie den strengen Vorgaben der Verpflichtung auf die gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz ihres Arbeitgebers, also des Projektträgers bzw. des DIG.

Im Einzelfall und mit begründetem Anlass kann die Schulgesundheitsfachkraft das Hinzuziehen von Personen aus der Schule oder aus inner- und außerschulischen Einrichtungen vorschlagen. Die Schulgesundheitsfachkraft darf erst Daten über das betroffene Kind an Dritte (s. unter D) weitergeben, nachdem der bzw. die Personensorgeberechtigte/n im Einzelfall in Form einer schriftlichen Einverständniserklärung dies erlaubt haben. Dies kann eine Offenbarung über die Teilnahme am Modellprojekt mit sich bringen.

#### 4. Wer erfährt von der Teilnahme am Projekt?

Der Projektträger und die Schule Ihres Kindes werden durch die Schulgesundheitsfachkraft über das Vorliegen einer Einverständniserklärung zur Teilnahme an dem Projekt informiert. Eine Kopie der Einverständniserklärung wird von der Schule datenschutzgerecht aufbewahrt, bevorzugt in der Schülerakte. Erfolgt der Widerruf einer Einverständniserklärung oder verlässt das Kind die Schule endgültig, vernichtet die Schule diese Unterlagen in ihrem Gewahr sofort.

#### 5. Was passiert nach dem Projekt?

Die Teilnahme endet mit dem Ablauf des Projektes am 31. Dezember 2021.

Danach gehen alle Dokumente und der Computer der Schulgesundheitsfachkraft auf einem genau vorgeschriebenen sicheren Weg an den Projektträger. Dort werden alle Daten zentral aufbewahrt und so gesichert, dass niemand Einblick erhalten kann. Danach werden die Daten auf dem Computer der Schulgesundheitsfachkraft wirksam gelöscht.

Nach Ablauf der Löschfrist von einem Jahr werden alle Daten von dem zentralen Datenträger wirksam gelöscht.

#### 6. Haftungsfall

Zur Klärung eines eventuell gegen den Projektträger gerichteten Haftungsanspruchs kann dieser Einblick in die personenbezogenen Daten nehmen. Dies muss den Betroffenen schriftlich mitgeteilt werden und darf nur im Vier-Augen-Prinzip erfolgen.

Auch wenn eine Einverständniserklärung widerrufen wird oder SchülerInnen im Projektzeitraum die Schule endgültig verlassen, werden die Unterlagen zum Zweck der Klärung eines eventuell vorliegenden Haftungsanspruchs noch ein Jahr nach Projektende aufbewahrt, bevor sie vernichtet werden.

Sobald ein entsprechender Fall durch eine formale Meldung geltend gemacht wird, wird die Löschfrist bis zur Klärung ausgesetzt.