

Anmeldung zur Kontaktaufnahme Frühförderstelle Rottweil

| Kind | | | | | | | |
|---------------------|---|--------------------------|----|--------------------------|--------|--------------------------------|--|
| Familienname | | | | | | | |
| Vorname | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich | | | | | | |
| Geburtstag | | | | | | | |
| Geburtsort | | | | | | | |
| wohnhaft bei | Mutter <input type="checkbox"/> | | | | | Vater <input type="checkbox"/> | |
| Staatsangehörigkeit | | | | | und | | |
| Konfession | RK | <input type="checkbox"/> | EV | <input type="checkbox"/> | keine | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | andere | <input type="checkbox"/> | |

| Elternteile | | |
|-----------------|---|---|
| | Mutter | Vater |
| Sorgeberechtigt | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Name | | |
| Vorname | | |
| Straße | | |
| Plz. Ort | | |
| Telefon | | |
| Mobil | | |
| Email | | |

| Pflegefamilie | | |
|-------------------|---------------|-------------|
| | Pfleagemutter | Pflegevater |
| Name | | |
| Vorname | | |
| Straße | | |
| PLZ/Ort | | |
| Telefon | | |
| Mobil | | |
| Vormundschaft bei | | |
| Ansprechpartner | | |

| Arzt | |
|-------------------|--|
| Haus-/ Kinderarzt | |
| Straße | |
| Plz. Ort | |
| Telefon | |
| Mobil | |

| Krankenkasse | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| Bei Privater Versicherung | |
| Vers.-nehmer: <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater | |

| Kindergarten | |
|--------------|--|
| Name Kiga | |
| Straße | |
| Plz. Ort | |
| Telefon | |

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie der beidseitigen Kontaktaufnahme von Kindergarten, Frühförderstelle/Frühberatungsstelle und Arzt zu. Sie entbinden die oben angegebenen, sowie unsere Einrichtung von der Schweigepflicht. Es ist mir/uns bekannt, dass ich/wir diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann/können.

| | |
|-------------------|--------------------------------|
| Datum/Ort: | Unterschrift der Eltern |
|-------------------|--------------------------------|

Patienteninformation zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist und wichtig. Nach der EU- Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert und weiterleitet. Dieser Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung:

Lea Himmelsbach
Ökumenische Kinder- und Jugendförderung
Durschstraße 93
78628 Rottweil
Tel.: 0741 942556 150

Sie erreichen die zuständige Datenschutzbeauftragte unter:

Lisa Merkt
Durschstraße 93
78628 Rottweil
Tel.: 0741 942556 100

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsauftrag zwischen Ihnen und der Ökumenischen Kinder- und Jugendförderung und den damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten/ die Ihres Kindes, insbesondere die Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie/Ihr Kind in Behandlung ist, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen)

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung/ die Behandlung Ihres Kindes. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln die personenbezogenen Daten nur an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte/Psychotherapeuten, die Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenkassen und die Abrechnungszentren der Krankenkassen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen/Ihrem Kind erbrachten Leistungen und zur Klärung von sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

4. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren die personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergebe.

5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie/Ihr Kind betreffenden Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung, sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihre Einverständniserklärung. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer/der Ihres Kindes personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz Baden Württemberg
Königstraße 10a
70173 Stuttgart

6. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden.

Einwilligungserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

Ich/Wir

(Vorname, Name)

Erkläre/n mich/uns einverstanden, dass in der Frühförderstelle die Patientendaten meines/unseres Kindes

(Vorname, Name, Geburtsdatum)

erhoben und verarbeitet werden. Ich/Wir wurde/n darauf hingewiesen, dass die Bestimmungen zum Datenschutz auf der Webseite der Ökumenischen Kinder- und Jugendförderung einzusehen sind, ebenso im Wartebereich in der Frühförderstelle, Durschstr. 93, 78628 Rottweil.

Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz ausgehändigt. Hierzu konnte/n ich/wir Rückfragen stellen.

- Über den Umfang und die Art meiner Daten
- Über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- Über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich/unser Kind betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können.
- mich/unser Kind betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich/unser Kind behandelnde Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen.
- Meine Telefonnummer zum Zweck der Terminvereinbarung/Terminabsage über WhatsApp/SMS und per Telefonanrufe im Privattelefon des mich/mein Kind betreffenden Therapeuten gespeichert wird.

Es ist mir bekannt, dass ich/wir diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Optional:

Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Informationen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw. der gesetzlichen Vertreter)

Ökumenische Kinder- und Jugendförderung e.V.

Verein

zur Integration
und Förderung
von Menschen
mit und ohne
Behinderung

Ökumenische Kinder -und Jugendförderung e.V.
Durschstr. 93* 78628 Rottweil
