



Einwilligung zur Datenerhebung im Rahmen der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte

Name, Vorname des Kindes _____

Geburtsdatum _____

Name, Vorname
sorgeberechtigte Person _____

Ich willige / wir willigen ein, dass die Schulgesundheitsfachkraft im Rahmen ihrer Tätigkeit künftig Gesundheitsdaten verarbeitet (erhebt, speichert und verwendet), soweit dies zur Durchführung der gesundheitlichen Versorgung an der Schule oder der Dokumentationspflicht der Schulgesundheitsfachkraft erforderlich ist.

(Art. 4 Nr. 2, Art. 6 Abs. 1 a und Art. 9 Abs. 2 a DSGVO).

Die Weitergabe von Gesundheitsdaten an Dritte erfolgt nur, soweit dies zwingend medizinisch erforderlich erscheint, d. h. ein lebenswichtiges Interesse der betroffenen Person besteht oder eine Rechtsgrundlage dies erlaubt, z.B. beim Verdacht auf eine ansteckende Erkrankung (§ 6 und 34 Infektionsschutzgesetz – IfSG)

- Ich / wir geben unser Einverständnis, dass das Gesundheitsamt die pseudonymisierten Daten meines / unseres Kindes zur Evaluation und zur Berichterstattung (Statistik) mit dem Ziel der Verbesserung des fachlichen Angebotes verarbeiten darf.

Mir / uns ist bekannt, dass ich / wir diese Erklärung schriftlich jederzeit bei der Schulgesundheitsfachkraft mit Wirkung auf die Zukunft widerrufen kann / können (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir / uns ist bekannt, dass ich / wir weitere Informationen zum Datenschutz und zu meinen / unseren Rechten auf der Homepage der Stadt Stuttgart finde/n:
<https://www.stuttgart.de/datenschutz/gesundheitsamt-datenschutzinformationen.php>

Ort, Datum

Unterschrift einer sorgeberechtigten Person