

# Information zur Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten

## Erläuterungen

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung führt der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst der Stadt Dortmund Erhebungen zur gesundheitlichen Lage von Einschüler\*innen in Dortmund durch. Dazu benötigen wir neben Informationen zum Kind auch Auskünfte über die Eltern bzw. Sorgeberechtigten.

Aufgrund der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) vom 25. Mai 2018 teilen wir Ihnen mit, dass wir Ihre persönlichen Daten und die persönlichen Daten Ihres Kindes speichern und zu schulmedizinischen Zwecken im gesetzlichen Auftrag, z. B. Erstellung des schulärztlichen Gutachtens, nutzen. Zudem werden die erhobenen Daten **anonym** und zusammengefasst zur Gesundheitsberichterstattung, insbesondere nach Stadtteilen, ausgewertet. **Ihre Angaben sind freiwillig.** Sofern Sie mit der oben beschriebenen Vorgehensweise einverstanden sind, tragen Sie bitte die angefragten Daten in die unten aufgeführte Tabelle ein. Das Gesundheitsamt wird Ihre Daten und die Daten Ihres Kindes vertraulich behandeln und nur zu den oben beschriebenen Zwecken verwenden.

## Einwilligung

Mir ist bekannt, dass die Bereitstellung **freiwillig** ist, und dass die Nichtbereitstellung der Daten keine nachteiligen Rechtsfolgen für mich oder mein Kind hätte.

Ich **willige ein**, dass das Gesundheitsamt die nachfolgend genannten Daten im Rahmen der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu den oben genannten Zwecken speichern und verarbeiten darf:

Vertrauliche Angaben				
Kind			1. sorgeberechtigte Person	2. sorgeberechtigte Person
Name		Name		
Vorname		Vorname		
Geburtsdatum		Wohnort		
		Straße/Nr.		
Erstsprache		Telefon-Nr.		
Geburtsland		Geburtsland		
Ggfs. Zuzug, wann?		Ggfs. Zuzug, wann?		
Staatsangehörigkeit		Staatsangehörigkeit		

### Wo lebt das Kind hauptsächlich?

- bei den leiblichen Eltern
- bei dem 1. Elternteil/Sorgeberechtigten
  - mit neuem\*neuer Partner\*in
- bei dem 2. Elternteil/Sorgeberechtigten
  - mit neuem\*neuer Partner\*in
- bei anderen (z. B. Pflege-/Groß-/Adoptiv-  
eltern)

---



---



---

### Im Haushalt lebende Geschwister (Geburtsjahr)

19\_\_ 19\_\_ 19\_\_ 20\_\_ 20\_\_ 20\_\_  
20\_\_ 20\_\_ 20\_\_ 20\_\_

### Schulabschluss:

Bitte für beide Elternteile/Sorgeberechtigten **die Nummer** angeben.  
**1** Haupt-/Volksschule, **2** Realschule (mittlere Reife/Fachoberschulreife),  
**3** Polytechnische Oberschule, **4** Fachhochschulreife/Fachoberschule,  
**5** Abitur (Gymnasium nbzw. EOS, fachgebundene Hochschulreife),  
**6** anderer Schulabschluss, **7** kein Schulabschluss/kein Schulbesuch,  
**8** noch keinen Schulabschluss, **0** keine Angaben

**1. sorgeberechtigte Person:** \_\_\_\_ **2. sorgeberechtigte Person:** \_\_\_\_

### Ausbildungsabschluss:

Bitte für beide Elternteile/Sorgeberechtigten **die Nummer** angeben.  
**1** Lehre (beruflich-betriebliche Ausbildung), **2** Berufsschule/Handelsschule  
 (beruflich-schulische Ausbildung), **3** Fachschule (z. B. Meister-Techniker-  
 schule, Berufsakademie), **4** Fachhoch-/Ingenieurschule, **5** Universität/  
 Hochschule, **6** anderer Ausbildungsabschluss, **7** kein beruflicher  
 Abschluss/keine Ausbildung, **8** noch in beruflicher Ausbildung  
 (Auszubildende\*r, Student\*in), **0** keine Angaben

**1. sorgeberechtigte Person:** \_\_\_\_ **2. sorgeberechtigte Person:** \_\_\_\_

### Berufstätigkeit:

Bitte für beide Elternteile/Sorgeberechtigten **die Nummer** angeben.  
**1** Zurzeit nicht berufstätig (z. B. Hausfrau\*mann, Student\*in, Rentner\*in  
 usw.), **2** arbeitslos/nicht beschäftigt, **3** arbeitslos/Vollzeit beschäftigt  
 (z. B. „Ein-Euro-Job“ bei ALG II), **4** arbeitslos/Teilzeit oder stundenweise  
 beschäftigt, **5** vorübergehende Freistellung (z. B. Elternzeit), **6** Teilzeit /  
 stundenweise berufstätig, **7** voll berufstätig, **8** Auszubildende\*r (z. B.  
 Lehrling), **0** keine Angaben

**1. sorgeberechtigte Person:** \_\_\_\_ **2. sorgeberechtigte Person:** \_\_\_\_



<b>Kindergartenbesuch</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Name des Kindergartens</b> _____		
Besuch <b>seit wann</b> (Monat/Jahr) _____	<b>Integrationsplatz?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>Name der zukünftigen Grundschule</b>			
<b>Name des Kinder-/Hausarztes</b>			
<b>Schwangerschaft und Geburt</b>	<input type="checkbox"/> unauffällig	Geburtsgewicht _____ g	Geburtslänge _____ cm
	<input type="checkbox"/> Frühgeburt	Schwangerschaftswoche _____	
	<input type="checkbox"/> Besonderheiten (z. B. Kaiserschnitt, Erkrankungen) _____		
<b>Stillen</b>	<b>Haben Sie Ihr Kind gestillt?</b> <sup>26</sup> <input type="checkbox"/> ja <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> nein <sup>2</sup>		
	<b>Wenn ja, wann haben Sie ganz mit dem Stillen aufgehört?</b> <sup>27</sup>		
	<input type="checkbox"/> Kind < 1 Woche <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Kind 1–4 Wochen <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Kind war _____ Monate alt <sup>3</sup>		
<b>Krankheiten der Eltern und/oder Geschwister</b>	<input type="checkbox"/> Ekzem <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit/Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen <input type="checkbox"/> sonstige schwere Erkrankungen _____		
<b>Entwicklung des Kindes</b>	Frei laufen	mit _____	Monaten
	Tags sauber	mit _____	Monaten
	Nachts sauber	mit _____	Monaten
	Kleine (3 Wort-) Sätze sprechen	mit _____	Monaten
	Ggfs. Entwicklungsbesonderheiten _____		
<b>Fördermaßnahmen/Therapien</b>	Krankengymnastik	von _____	bis _____
	Ergotherapie	von _____	bis _____
	Logopädie/Sprachtherapie	von _____	bis _____
	Sprachförderung (in Kindergarten/Schule)	von _____	bis _____
	Frühförderung/Heilpädagogik/Psychomotorik	von _____	bis _____
	Psychotherapie	von _____	bis _____
	Erziehungsberatung/SPFH	von _____	bis _____
<b>Erkrankung des Kindes</b>	<b>Infektionskrankheiten</b>	<b>chron. Krankheiten</b>	<b>Sonstiges</b>
	<input type="checkbox"/> Windpocken	<input type="checkbox"/> Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> Operationen/Unfälle/Krankenhaus (welche/wann)
	<input type="checkbox"/> Scharlach	<input type="checkbox"/> Asthma	_____
	<input type="checkbox"/> Röteln	<input type="checkbox"/> Neurodermitis	_____
	<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit	_____
	<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> Bronchitis	_____
	<input type="checkbox"/> Gehirnhautentzündung	<input type="checkbox"/> Allergien gegen:	<input type="checkbox"/> Sehstörung
	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Pollen/Gräser	<input type="checkbox"/> Brille
		<input type="checkbox"/> Nahrungsmittel	<input type="checkbox"/> sonstiges
		<input type="checkbox"/> sonstiges	_____
<b>Medikamente</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche? _____		
<b>Elektronische Medien</b>	<b>Täglicher Fernsehsendungen-/Videofilm-/DVD-Konsum</b> <sup>29</sup>		
	<input type="checkbox"/> gar nicht <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> bis zu 1 Stunde <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> 1 bis 2 Stunden <sup>3</sup>
	<input type="checkbox"/> 2 bis 3 Stunden <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> mehr als 3 Stunden <sup>5</sup>	
	<b>Fernsehen während der Mahlzeiten</b> <sup>30</sup> <input type="checkbox"/> ja <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> nein <sup>2</sup>		
	<b>Tägliches Spiel am Computer/Tablet/Handy/Spielekonsolen</b> <sup>31</sup>		
	<input type="checkbox"/> gar nicht <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> bis zu 1 Stunde <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> 1 bis 2 Stunden <sup>3</sup>
	<input type="checkbox"/> 2 bis 3 Stunden <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> mehr als 3 Stunden <sup>5</sup>	
<b>Sport/Bewegung</b>	<b>Aktive Mitgliedschaft im Sport-/Schwimmverein</b> <sup>33</sup>		
	<input type="checkbox"/> ja, was? _____ <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> nein <sup>2</sup>		
	<b>Tägliches Spiel/Bewegung im Freien</b> (nicht Verein/Kindergarten) <sup>34</sup>		
	<input type="checkbox"/> gar nicht <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> bis zu 1 Stunde <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> 1 bis 2 Stunden <sup>3</sup>
	<input type="checkbox"/> 2 bis 3 Stunden <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> mehr als 3 Stunden <sup>5</sup>	
	<b>Besuch eines Bewegungskindergartens</b> <sup>35</sup> <input type="checkbox"/> ja <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> nein <sup>2</sup>		

**Alle Angaben auf diesem Fragebogen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!**

Für die Schule wichtige Informationen über mein Kind dürfen im Rahmen des schulärztlichen Gutachtens an den\*die Schulleiter\*in der Schule, die das Kind besuchen soll, weitergegeben werden.

Die Einwilligung kann nach Artikel 7 Absatz 3 EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), jederzeit ohne Angabe von Gründen mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

1. sorgeberechtigte Person: \_\_\_\_\_ 2. sorgeberechtigte Person: \_\_\_\_\_

**Datum/Unterschrift (aller Sorgeberechtigten, wenn möglich)**