

# Einwilligungserklärung in die Verarbeitung personenbezogener Daten gemäß DSGVO und zur medizinischen Versorgung durch die Schulgesundheitsfachkraft

Die Bestimmungen des Datenschutzrechts Rheinland-Pfalz werden selbstverständlich beachtet. Deshalb ist, zumindest in Teilbereichen, eine Unterstützung für Ihr Kind nur dann möglich, wenn Sie Ihr Einverständnis zur Teilnahme und zur Verarbeitung Ihrer Daten schriftlich erklärt haben.

**Name, Vorname des Kindes** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Klasse** \_\_\_\_\_

**Kontaktdaten Sorgeberechtigte/r  
(Name/Telefonnummer)** \_\_\_\_\_



## Ich bin einverstanden:

- dass mein Kind die Schulgesundheitsfachkraft bei Bedarf aufsucht.
- mit der Erstversorgung im Sinne der Ersten Hilfe bei akuten Erkrankungen/Unfällen auf dem Schulgelände (wie in der Liste der Tätigkeiten der SGF dargestellt).
- mit der Datenschutz gesicherten Erhebung, Speicherung und Nutzung der Gesundheitsdaten durch die Schulgesundheitsfachkraft (SGF) und durch die Landeszentrale für Gesundheitsförderung (LZG) zur Dokumentation der fachgerechten Versorgung.

Ich möchte von der Schulgesundheitsfachkraft kontaktiert werden, da mein Kind eine **chronische Erkrankung** und/oder eine **Allergie** hat.

Mein Kind hat eine chronische Erkrankung.

Ja

Nein

Falls ja, welche: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

Mein Kind hat eine Allergie.

Ja

Nein

Falls ja, welche: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

**Die Einwilligung ist freiwillig. Aus der Nichterteilung oder dem Widerruf der Einwilligung entstehen keine Nachteile. Die Teilnahme ist für Ihr Kind freiwillig.**

**Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen kann. Der Widerruf kann postalisch an Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG), Hölderlinstraße 8, 55131 Mainz oder per E-Mail [Datenschutz-ZA@lzg-rlp.de](mailto:Datenschutz-ZA@lzg-rlp.de) erfolgen.**

Gegenüber der LZG besteht ein Recht auf **Auskunft** über Ihre personenbezogenen Daten, ferner haben Sie ein Recht auf **Berichtigung, Löschung** oder **Einschränkung**, ein **Widerspruchsrecht** gegen die Verarbeitung und ein Recht auf **Datenübertragbarkeit**. Zudem steht Ihnen ein **Beschwerderecht** bei der Datenschutzaufsichtsbehörde, „Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Rheinland-Pfalz“ zu.

\*Die Einverständniserklärung ist von beiden Sorgeberechtigten zu unterschreiben. Unterschreibt nur ein Sorgeberechtigte/r allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihr/ihm das alleinige Sorgerecht zusteht.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Sorgeberechtigte/r\*

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Sorgeberechtigte/r\*