

Antrag auf Beratung durch das überregionale Beratungs- und Förderzentrum

Der Antrag wird gestellt durch die Eltern die Schule die Institution: _____

Art des Antrags/ Auftrag der Beratung
<input type="checkbox"/> Kurzantrag: einmaliger und zeitnaher Termin mit Schule/ Familie <input type="checkbox"/> Langantrag: beratende Begleitung über einen längeren Zeitraum (ggf. mit Wartezeit) <input type="checkbox"/> Langantrag: Teilnahme an einem Projekt <div style="margin-left: 40px;"> <input type="checkbox"/> HSUDigital <input type="checkbox"/> Brücke </div>

Daten der Schülerin oder des Schülers	
Name:	
Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> div
Anschrift:	
Name und ggf. Anschrift der Eltern:	Sorgerecht: <input type="checkbox"/> gemeinsam <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Vormund
	Telefon:
	E-Mail:

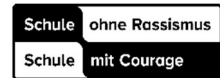
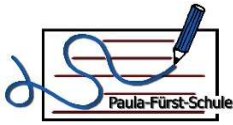
Daten der Schule		
Schule:		Klasse: Schulbesuchsjahre:
Klassenlehrkraft:		Kontakt:
Schulleitung:		

Schulische Unterstützungssysteme		
<input type="checkbox"/> rBFZ von der _____ -Schule:	Name:	Kontakt:
<input type="checkbox"/> Schulpsychologie:	Name:	Kontakt:
<input type="checkbox"/> Schulsozialarbeit:	Name:	Kontakt:
<input type="checkbox"/> sonstige:	Name:	Kontakt:

Kurze Beschreibung des Anlasses zum Antrag/ Ausgangssituation

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellenden



Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich folgende Personen für dienstliche Zwecke gegenüber den Lehrkräften des üBFZs der Paula-Fürst-Schule von der ihnen nach § 203 StGB obliegenden Schweigepflicht in Bezug auf

Schülerin / Schüler:....., geb. am.....

Wohnhaft:.....

	Name	Kontakt
<input type="checkbox"/>	Behandelnde/r Arzt/Ärztin	
<input type="checkbox"/>	Behandelnde/r Therapeut/in	
<input type="checkbox"/>	Schulpsychologie	
<input type="checkbox"/>	Schulsozialarbeit	
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

Die Schweigepflichtentbindung umfasst auch die in diesem Zusammenhang zur Verfügung stehenden Dokumente, Unterlagen, Auskünfte, Befunde, Untersuchungsergebnisse und gilt für die Dauer der Beratung.

Themen des Informationsaustausches sind insbesondere die Vita der Schülerin oder des Schülers, das Krankheitsbild, der Krankheitsverlauf und besondere Hinweise für die Aufsichtsführung.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung zur Schweigepflichtentbindung und Einwilligung verweigern kann. Diese Schweigepflichtentbindung kann von mir jederzeit teilweise oder vollständig mit Wirkung für die Zukunft schriftlich oder elektronisch gegenüber dem Staatlichen Schulamt Hanau widerrufen werden. Ein möglicher Widerruf der Einwilligung berührt die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht.

....., den

Name, Vorname, Unterschrift Eltern

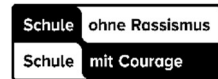
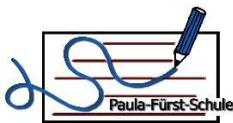
Ort

....., den

Name,

Vorname, Unterschrift der Schülerin/des Schülers

Ort



Informationen zur Verarbeitung personenbezogener Daten (üBFZ)

Im Rahmen des Antrags zur Unterstützung durch das überregionale Beratungs- und Förderzentrum (üBFZ) für kranke Schülerinnen und Schüler möchten wir Sie über die Verarbeitung Ihrer Daten informieren.

Die personenbezogenen Daten werden für die Dauer der Beratung und zwei Jahre darüber hinaus vorwiegend zur Kontaktaufnahme gespeichert und gegebenenfalls an kooperierende Institutionen zum Zwecke der Kontaktaufnahme übermittelt. Im Kontakt mit den kooperierenden Institutionen und dem damit verbundenen Informationsaustausch, der den Gesundheitszustand oder sonstige besonders sensible Daten betrifft, sind strenge Anforderungen an die Erforderlichkeit zu stellen.

Datenschutzhinweise nach Art. 13 der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO): Nach Art. 15 DS-GVO hat die betroffene Person in Bezug auf die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ein Recht auf Auskunft gegenüber dem Verantwortlichen. Nach den Art. 16, 17, 18, 20 und 21 DS-GVO hat die betroffene Person ein Recht auf Berichtigung unzutreffender Angaben, u. U. ein Recht auf Löschung, ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung, ein Recht auf Datenübertragbarkeit und ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung aus Gründen der besonderen Situation zu.

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die Paula-Fürst-Schule. Die betroffene Person hat das Recht zur Beschwerde beim Hessischen Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit, Gustav-Stresemann-Ring 1, 65189 Wiesbaden,

www.datenschutz.hessen.de/service/beschwerde.

Ein Verzicht auf die Bestätigung der Kenntnisnahme der Jugendlichen oder des Jugendlichen wegen fehlender Einsicht und die dafür vorliegenden Gründe wird von der Paula-Fürst-Schule schriftlich dokumentiert. Die Dokumentation wird mit der Bestätigung der Kenntnisnahme der Eltern aufbewahrt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Erhalt der Informationen zur Verarbeitung personenbezogener Daten.

Ort, Datum Name, Vorname Eltern Unterschrift Eltern

Ort, Datum Name, Vorname Eltern Unterschrift Eltern

Ort, Datum ggf. Name, Vorname und Unterschrift der Schülerin/des Schülers