



INFORMATION ZUM DATENSCHUTZ IM GESUNDHEITSAMT

Sehr geehrte Damen und Herren,
sehr geehrte Sorgeberechtigte,

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

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die Amtsleiterin des Gesundheitsamtes:

Dr. Astrid Schumann
Gesundheitsamt
Schulweg 1B
15711 Königs Wusterhausen
gesundheitsamt@dahme-spreewald.de
Telefon: 03375 26-2145

Sie erreichen den zuständigen Datenschutzbeauftragten unter:

Landkreis Dahme-Spreewald
Datenschutzbeauftragter
Dieter Sojke
Reutergrasse 12
15907 Lübben (Spreewald)
dieter.sojke@dahme-spreewald.de
Telefon: 03375 26-2652

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt nach den gesetzlichen Vorgaben des Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetzes und des Infektionsschutzgesetzes.

Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ist es, insbesondere durch fachliche Beratung und Aufklärung auf gesunde und gesundheitsfördernde Lebensverhältnisse und gleiche Gesundheitsschancen für alle hinzuwirken. Der Öffentliche Gesundheitsdienst stärkt die gesundheitliche Eigenverantwortung und wirkt auf die Vermeidung von Gesundheitsrisiken und gesundheitlichen Beeinträchtigungen hin.

Ziel des Infektionsschutzgesetzes ist es, übertragbare Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Krankheitsvergeschichte, Diagnosen, Therapien und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen, wenn Sie damit einverstanden sind (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für unsere Aufgabenerfüllung.

3. Empfänger Ihrer Daten

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

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte/ Psychotherapeuten sein aber auch Ämter, Behörden und Gerichte, die das Gesundheitsamt mit einer Begutachtung beauftragt haben. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Ergebnismitteilung oder zur Klärung von medizinischen Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

Für die **Gesundheitsberichterstattung** des Landes werden **ausschließlich statistische Daten** an das Landesgesundheitsamt, an das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, an das Ministerium der Justiz und für Europa und Verbraucherschutz, an das Landesamt für Statistik sowie an das Krebsregister durch die Gesundheitsämter der Landkreise und kreisfreien Städte **anonymisiert und verschlüsselt** übermittelt.

Zu erhebende und zu übermittelnde Daten:

- meldepflichtige Infektionskrankheiten
- Ergebnisse der Screening-Untersuchungen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes einschl. Impfdaten
- Ergebnisse der Screening-Untersuchungen des Zahnärztlichen Dienstes
- Daten der Trinkwasserüberwachung
- Daten der Badegewässerüberwachung

4. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Aufgabenerfüllung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, alle ärztlichen Befunde mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Untersuchung oder des Vorganges aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre nach dem Bestattungsgesetz und bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen 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 Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

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

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz und für das Recht auf Akteneinsicht
Stahnsdorfer Damm 77
14532 Kleinmachnow

6. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Im Auftrag

Dr. A. Schumann
Amtsärztin

Angaben zur kinderärztlichen Untersuchung Ihres Kindes

EINSCHULUNG

Vertraulich! (Nur für den Kinder- und Jugendarzt Ihres Gesundheitsamtes)

Sämtliche Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Nachname des Kindes	Vorname des Kindes	Geburtsdatum _ _ _ _ _ _ _ _
Name und Anschrift der/des Personensorgeberechtigten		Telefon / Handy
Name und Anschrift der Schule		
Behindertenausweis vorhanden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Grad der Behinderung _ _	Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

1. Allgemeine Fragen

Welche Muttersprache spricht Ihr Kind?	<input type="checkbox"/> deutsch	<input type="checkbox"/> andere: wenn ja, welche	<input type="checkbox"/> wächst zweisprachig auf
Mein Kind besucht eine Kita	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> seit 1 Jahr <input type="checkbox"/> seit 2 Jahren <input type="checkbox"/> seit 3 Jahren <input type="checkbox"/> seit 4 Jahren

2. Rund um die Geburt

Schwangerschaftsverlauf <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> mit Komplikationen <input type="checkbox"/> unbekannt	Dauer der Schwangerschaft in Wochen _ _	
Geburtsverlauf <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> mit Komplikationen <input type="checkbox"/> unbekannt	Geburtsgewicht _ _ _ g	Geburtslänge _ _ cm
Wie lange wurde Ihr Kind ausschließlich gestillt?		
<input type="checkbox"/> unter 2 Monate <input type="checkbox"/> 2 bis unter 4 Monate <input type="checkbox"/> 4 bis unter 6 Monate <input type="checkbox"/> länger als 6 Monate <input type="checkbox"/> nie gestillt		

3. Entwicklung des Kindes

Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn nein , bitte Ihre Hinweise: _____		
Liegen gesundheitliche Besonderheiten vor?	<input type="checkbox"/> nein	
ja nämlich:	<input type="checkbox"/> Sprachauffälligkeiten	<input type="checkbox"/> Sehstörungen <input type="checkbox"/> Hörstörungen
	<input type="checkbox"/> häufiges Hinfallen	<input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> unbekannt

4. Andere Erkrankungen des Kindes

Wurde jemals durch einen Arzt eine der folgenden Erkrankungen festgestellt?	<input type="checkbox"/> nein	
ja nämlich:		
<input type="checkbox"/> Allergischer Schnupfen und/oder Augenentzündung	<input type="checkbox"/> wiederholt Mittelohrentzündung	<input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung
<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> Epilepsie (so genannte Krampfanfälle)	<input type="checkbox"/> Fieberkrämpfe
<input type="checkbox"/> Neurodermitis	<input type="checkbox"/> Windpocken	<input type="checkbox"/> Hüfterkrankungen
<input type="checkbox"/> Nieren- und Harnwegserkrankungen	<input type="checkbox"/> ADS/ADHS	<input type="checkbox"/> andere (wenn ja, welche?)
<input type="checkbox"/> unbekannt, ob eine der genannten Erkrankungen vorliegt	_____	
Mein Kind hatte in den letzten 12 Monaten ...		
<input type="checkbox"/> mehr als 3 Bronchitiden	<input type="checkbox"/> eine Lungenentzündung	<input type="checkbox"/> mehr als 3 Ohrenentzündungen <input type="checkbox"/> 5 und mehr Erkältungen.

5. Fragen zu Allergien

Haben Eltern oder auch die Geschwister Beschwerden durch ...	Mutter/Vater			Geschwister (falls zutreffend)		
	ja	nein	weiß nicht	ja	nein	weiß nicht
→ Heuschnupfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Neurodermitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten ...	ja	nein	weiß nicht			
gleichzeitig mit Niesanfällen eine laufende, verstopfte oder juckende Nase und/oder tränende Augen, obwohl es nicht erkältet war?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten ...	ja	nein	weiß nicht			
beim Atmen pfeifende oder fiepende Atemgeräusche im Brustkorb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
falls ja diese während oder nach körperlicher Anstrengung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
nachts einen trockenen Reizhusten, obwohl es keine Erkältung oder Bronchitis hatte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5 oder mehr Anfälle von pfeifender oder fiepender Atmung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hatte Ihr Kind jemals ...	ja	nein	weiß nicht			
einen juckenden Hautausschlag in den Ellenbeugen oder Kniegelenken, an Hand- und Fußgelenken, im Gesicht oder am Hals, der stärker oder schwächer über mindestens 6 Monate andauerte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

6. Fragen zum Verhalten

Kreuzen Sie bitte an, ob die unten aufgeführten Auffälligkeiten bei Ihrem Kind **in den letzten 6 Monaten** aufgetreten sind. Sollte Ihr Kind zur Zeit Medikamente erhalten, die sein Verhalten verändern, beantworten Sie bitte die Fragen so wie sich Ihr Kind verhält, wenn es keine Medikamente erhält.

Mein Kind ...	stimmt	stimmt nicht
ist zu Hause beim Spielen sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist im Kindergarten sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist zu Hause (z. B. beim Essen) sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist im Kindergarten sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist zu Hause häufig ungehorsam (starrköpfig).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist im Kindergarten häufig ungehorsam (starrköpfig).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prügelt sich häufig mit anderen Kindern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wird von anderen Kindern häufig geärgert, gehänselt, verprügelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat Angst vor anderen Kindern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat in den letzten 3 Monaten nachts mehr als 2 mal pro Monat eingenässt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hat Ihr Kind im eigenen Zimmer einen Fernseher, eine Spielkonsole oder Vergleichbares? ja nein

Wie lange sieht Ihr Kind durchschnittlich pro Tag Fernsehsendungen, DVD, Videofilme oder spielt mit der Spielkonsole, dem Smartphone?

weniger als eine Stunde _____ Stunden pro Tag (bitte Anzahl der Stunden eintragen)

7. Fragen zu Unfällen

Hatte Ihr Kind **jemals** einen Unfall, der **ärztlich** behandelt werden musste? nein ja unbekannt

↪ Wenn ja, welche Verletzung? Bitte geben Sie in der Tabelle die Verletzung und den dazugehörigen Unfallort ein: _____

Verletzung	zu Hause	in der Kita	im Straßenverkehr	anderer Ort
Gehirnerschütterung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schwere Schnittverletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergiftung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbrühung/Verbrennung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knochenbruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere schwere Verletzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gibt es auf Grund der Verletzung noch Beschwerden? nein wenn ja, welche: _____

8. Krankenhausbehandlung

8a. Wurde Ihr Kind jemals im Krankenhaus stationär behandelt?

nein

ja, wegen: eines Unfalls einer Krankheit: Wenn ja, welche? _____

8b. Wurde Ihr Kind jemals operiert (auch ambulant)?

nein

ja

Wenn ja, wegen: _____ Wann? _____

9. Derzeitige ärztliche Behandlung

9a. Mein Kind befindet bzw. befand sich wegen einer Erkrankung in den letzten 12 Monaten in ärztlicher Behandlung (nicht wegen Impfungen, Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen, "U-Untersuchungen")

nein

ja

Wenn ja: bitte weiter mit Frage 9b

9b. Mussten weitere Ärzte wegen einer besonderen Untersuchung oder Behandlung aufgesucht werden?

nein

ja

Wenn ja, wegen:

Wo?

im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ)

in Brandenburg

Berlin

Mecklenburg-Vorpommern

Sachsen

Sachsen-Anhalt

anderes Bundesland

in spezialfachärztlicher Einrichtung

in Brandenburg

Berlin

anderes Bundesland

in psychologischer oder kinder- u. jugendpsychiatrischer Einrichtung

10. Mein Kind befindet bzw. befand sich in den letzten 12 Monaten in Förderung:

nein

Wenn ja, Art der Förderung

in Frühförder- und Beratungsstellen

Ergotherapie

in einer Integrationskita

Physiotherapie/ Krankengymnastik

in Einzelintegration

Logopädie

Sonstiges

11. Medikamenteneinnahme

11a. Nimmt bzw. nahm Ihr Kind in den letzten 12 Monaten regelmäßig Medikamente ein?

nein

Wenn ja, Name des Medikaments _____

11b. Muss Ihr Kind Notfallarzneimittel mit sich führen?

nein

Wenn ja, Name des Medikaments _____

12. Mein Kind und ich waren im Netzwerk Gesunde Kinder

nein

weniger als 1 Jahr

mindestens 2 Jahre

mindestens 1 Jahr

3 Jahre

13. Möchten Sie uns noch etwas zur Entwicklung Ihres Kindes mitteilen (Besonderheiten)?

Stand: November 2017

Datum _____

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten _____

