

Anmeldeformular

... für den **GeschwisterTAG** am **06. September 2024, 10-16 Uhr**

Informationen zu den Eltern:

Vor- und Nachname des/der Erziehungsberechtigten:

E-Mail-Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Informationen zum Kind:

Vor- und Nachname des Kindes: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

Geschlecht des Kindes: () Junge () Mädchen () Divers

Welche Erkrankung/Behinderung liegt bei Bruder/Schwester vor?

Adresse:

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Wohnort: _____

Weitere Informationen:

Gibt es besondere Informationen, auf die bei den Angeboten bei dem Geschwisterkind zu achten ist?

(z.B. Allergien) _____

Bitte das nachfolgende Dokument zur Einverständnis der Datenverarbeitung

ebenfalls unterschreiben und dem Anmeldeformular beilegen





Regensburger Kinderzentrum St. Martin

Sozialpädiatrisches Zentrum
Kinder- und entwicklungsneurologische Ambulanz
Epilepsieambulanz für Kinder und Jugendliche

Ärztliche Leitung:
Dr. med. Christina Kutzer

93059 Regensburg, Wieshuberstr. 4
Telefon: 09 41/ 4 65 02 - 0, Fax: - 50
info@kinderzentrum-regensburg.de
www.kinderzentrum-regensburg.de

Einrichtung der
Kath. Jugendfürsorge der
Diözese Regensburg e.V.



Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten am Kinderzentrum St. Martin Regensburg

Sehr geehrte Eltern und Sorgeberechtigte,

der Schutz der personenbezogenen Daten Ihres Kindes ist uns wichtig.

Sie werden mit uns einen Behandlungsvertrag abschließen. Um unsere Verpflichtungen aus diesem Vertrag wahrnehmen zu können, müssen wir Ihre personenbezogenen Daten innerhalb unserer Einrichtung verarbeiten. Das bedeutet nicht nur die Erhebung Ihrer Daten, sondern auch die Speicherung und ggf. die Weitergabe an Dritte. Bei uns findet das Gesetz über den Kirchlichen Datenschutz (KDG) Anwendung. Bitte lesen Sie die folgenden Informationen, zu welchem Zweck wir Ihre Daten erheben und weiterverarbeiten, aber auch welche Rechte Sie beim Schutz Ihrer persönlichen Daten haben, aufmerksam durch.

1. Verantwortlich für die Datenverarbeitung:

Kinderzentrum St. Martin der KJF Regensburg
vertreten durch Frau Dr. Christina Kutzer
Postanschrift: Wieshuberstr. 4, 93059 Regensburg
Tel.: 09 41/ 4 65 02-0
E-Mail: info@kinderzentrum-regensburg.de

2. Zuständige betriebliche Datenschutzbeauftragte:

Frau Edda Elmayer
Katholische Jugendfürsorge der
Diözese Regensburg e.V.
Postanschrift: Orleansstr. 2 a, 93055 Regensburg
Tel.: 09 41/ 4 63 702-25
E-Mail: e.elmayer@kjf-regensburg.de

Die Datenverarbeitung erfolgt im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und uns sowie die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, neben Name, Adresse, Geburtsdatum, Kontaktdaten und Versichertendaten auch insbesondere Gesundheitsdaten und Informationen zum Verlauf der Behandlung.

Zu diesen Zwecken können uns auch Dritte (Ihre Einwilligung bei diesen vorausgesetzt) kontaktieren. Diese sind ggf. andere behandelnde Ärzte/Ärztinnen und Therapeuten/Therapeutinnen sowie Einrichtungen und Kliniken. Grundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Ihre Einwilligung (§ 6 Abs. 1 lit. b KDG).

Die folgende Einwilligungserklärung ist für die Begründung, Durchführung und Beendigung des Vertrages und unserer daraus bestehenden Verpflichtungen erforderlich. Sollten Sie diese grundsätzlich nicht erteilen, wird der Abschluss bzw. die Weiterführung des Behandlungsvertrages in der Regel nicht möglich sein.

3. Empfänger Ihrer Daten:

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

Mögliche Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten sind:

- Überweisender Arzt/Ärztin
- Zuständige/r Kostenträger (Krankenkasse, Sozialhilfeträger, ggf. andere)
- Berufsgenossenschaften
- Rentenversicherungsträger
- Rehabilitationseinrichtungen

In bestimmten Fällen sind wir gesetzlich verpflichtet, diesen Stellen Ihre Daten zur Kenntnis zu geben bzw. sie zu übermitteln. Dies sind insbesondere:

- Abrechnung unserer Leistungen mit dem Kostenträger (Krankenkasse, Sozialhilfeträger, ggf. andere)
- Anfragen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen
- Prüfungen unserer Einrichtung durch die Krankenkassen gemäß § 113 Abs. 4 SGB V
- Kooperation mit Rehabilitationseinrichtungen

5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, Auskunft vom Verantwortlichen für die Datenverarbeitung zu erhalten, ob und wenn ja, welche Daten über Sie verarbeitet werden und damit ggf. in Zusammenhang stehende weitere Informationen (§ 17 KDG). Sie können vom Verantwortlichen für die Datenverarbeitung die Berichtigung unrichtiger Daten bzw. die Ergänzung unvollständiger Daten verlangen (§ 18 KDG). Unter bestimmten Voraussetzungen steht Ihnen das Recht auf Löschung von Daten zu (§ 19 KDG). Unter bestimmten Voraussetzungen haben Sie das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung (§ 20 KDG). Sie haben unter den Voraussetzungen des § 22 KDG, das Recht, die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, welche Sie einem Verantwortlichen bereitgestellt haben, in einem strukturierten und maschinenlesbaren Format zu erhalten und diese einem anderen Verantwortlichen ohne Behinderung durch den bisherigen Verantwortlichen zu übermitteln. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt nur in Ihrem Einverständnis. Sie können daher jederzeit Ihre Einwilligung für die Zukunft der weiteren Verarbeitung widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit

der Verarbeitung bis zum Widerruf berührt wird. Sie haben außerdem 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 (§ 48 KDG). Die für uns zuständige Aufsichtsbehörde ist:

Diözesandatenschutzbeauftragter
Dominikus Zettl
Vordere Sternngasse 1, 90402 Nürnberg
Telefon: 0911 47 77 40 - 50, Fax: - 59
post@kdsz.bayern.de, www.kdsz.bayern.de

Außerdem haben Sie die Möglichkeit eines gerichtlichen Rechtsbehelfs gegen einen Sie betreffenden Bescheid der Datenschutzaufsicht bzw. falls diese Sie nicht innerhalb von drei Monaten über den Stand oder das Ergebnis Ihrer Beschwerde in Kenntnis setzt. Diesen gerichtlichen Rechtsbehelf haben Sie auch, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt (§ 48 KDG).

Mit der nachfolgenden Unterschrift erkläre ich, dass meine personenbezogenen Daten gemäß obigen Ausführungen verarbeitet werden dürfen. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund meiner Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Ich bin darüber belehrt worden, dass ein Widerruf soweit er die Verarbeitung von Daten betrifft, die für die Erfüllung des Vertrages durch die Einrichtung bzw. die KJF erforderlich sind, der Vertrag in der Regel nicht abgeschlossen oder weitergeführt werden kann.

Datum

Unterschrift Patient/Patientin bzw. Erziehungsberechtigte/r