

Meldende Stelle (Stempel oder Anschrift)	<b>Bitte nicht ausfüllen! Wird vom Gesundheitsamt ausgefüllt</b>	
	Testtermin	Uhrzeit

### Anmeldung zur logopädischen Beratung und Abklärung einer Sprachauffälligkeit

Kind (Name, Vorname)	_____	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Anschrift	_____			
Geburtsdatum	_____			
In der Einrichtung seit	_____	Tägliche Anwesenheit ___ Stunden		
Kontakt zur deutschen Sprache seit	_____			
Betreuende ärztliche Praxis	_____			
Elternteil 1 (Name, Vorname)	_____	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Anschrift (wenn abweichend)	_____			
Telefon	_____			
Elternteil 2 (Name, Vorname)	_____	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Anschrift (wenn abweichend)	_____			
Telefon	_____			
Vom Kind bevorzugte Sprache	_____			
Von der Familie bevorzugte Sprache	_____			
<b>Zusätzliche Angaben liegen auf einem gesonderten Blatt bei <input type="checkbox"/> ja</b> -> Bitte mit Namen und Geburtsdatum des Kindes kennzeichnen				

Ich bitte um logopädische Beratung und Abklärung einer Sprachauffälligkeit durch das Gesundheitsamt.  
 Das Kind fällt nicht unter das SGB IX (BTHG-Kind/ integrativ oder heilpädagogisch gefördertes Kind).

\_\_\_\_\_

Ort, Datum      **Name und Unterschrift der meldenden Stelle**

Unser/mein Kind befindet sich aktuell nicht in logopädischer Behandlung.  
 Einer logopädischen Beratung und Abklärung einer Sprachauffälligkeit unseres/meines Kindes stimme/n wir/ich zu.  
 Die umseitigen Datenschutzhinweise habe/n ich/wir zur Kenntnis genommen. Mit einer Speicherung der Daten im Zusammenhang mit der logopädischen Beratung und Abklärung einer Sprachauffälligkeit sind wir/bin ich einverstanden.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum      **Name und Unterschrift(en) der/ des Erziehungsberechtigten**

Einem fachlichen Austausch zwischen den Beteiligten (Erzieher\_in, behandelnde\_r \_Ärztin\_Arzt Lehrer\_in, Gesundheitsamt) zum erhobenen Befund und zu Unterstützungsmaßnahmen des Kindes stimmen wir/ich zu.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum      **Name und Unterschrift(en) der/ des Erziehungsberechtigten**

**Informationen gemäß Artikeln 13 und 14 Datenschutzgrundverordnung – DS-GVO  
Datenerhebung im Zusammenhang mit der Aufgabenerledigung durch das  
Gesundheitsamt der StädteRegion Aachen**

<b>Verantwortlicher</b>	
<b>Name und Kontaktdaten der Verantwortlichen</b> StädteRegion Aachen Der Städteregionsrat A 53 – Gesundheitsamt Zollernstr. 10; 52070 Aachen Tel: 0241/5198-0 Mail: <a href="mailto:info@staedteregion-aachen.de">info@staedteregion-aachen.de</a>	<b>Datenschutzbeauftragte</b> StädteRegion Aachen Die Datenschutzbeauftragte Zollernstraße 10; 52070 Aachen Tel: 0241/5198-1410 Mail: <a href="mailto:datenschutz@staedteregion-aachen.de">datenschutz@staedteregion-aachen.de</a> De-Mail: <a href="mailto:datenschutz@staedteregion-aachen.de-mail.de">datenschutz@staedteregion-aachen.de-mail.de</a>
<b>Zweck der Datenverarbeitung/ Verarbeitungsrahmen</b>	
<p>Die Aufgaben des Gesundheitsamtes richten sich nach den gesetzlichen Vorgaben und rechtlichen Verpflichtungen. Im Rahmen der Aufgabenwahrnehmung werden personenbezogene Daten verarbeitet. Diese werden direkt bei den betroffenen Personen erhoben oder an das Gesundheitsamt durch Dritte (Auftraggeber von Gutachten, Einwohnermeldeämter, Ausbildungsstätten für nichtärztliche Gesundheitsberufe) im Rahmen vorliegender Rechtsgrundlagen übermittelt.</p> <p>Es werden nur Daten erhoben, die für die Aufgabenwahrnehmung erforderlich sind. Dies sind, neben persönlichen Daten von Ihnen, Ihrem Kind oder einer von Ihnen im Wege einer Betreuungsvollmacht/Bestellung betreuten Person, je nach Anlass und Erforderlichkeit auch weitere Daten, z.B. Gesundheitsdaten, Daten zur Staatsangehörigkeit, Angaben zu Kontaktpersonen (z.B. bei Aufgaben nach dem Infektionsschutzgesetz). Die Datenverarbeitung erfolgt auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 DS-GVO.</p> <p>Daten an Dritte werden nur weitergeleitet, soweit eine gesetzliche Verpflichtung oder eine richterliche bzw. staatsanwaltschaftliche Anordnung besteht oder Sie eingewilligt haben.</p> <p>Ihre Daten werden nach der Erhebung solange gespeichert, wie dies unter Beachtung der rechtlichen Aufbewahrungsfristen für die jeweilige Aufgabenerfüllung erforderlich ist.</p>	
<b>Welche Datenschutzrechte haben Sie?</b>	
<p>Als betroffene Person werden Sie darüber informiert, dass Sie folgende Rechte haben, wenn Sie die gesetzlichen und persönlichen Voraussetzungen erfüllen:</p> <p>Sie haben das Recht auf Auskunft (Art. 15 DS-GVO), das Recht auf Berichtigung (Art. 16. DS-GVO), das Recht auf Löschung (Art. 17 DS-GVO) oder Einschränkung der Datenverarbeitung (Art. 18 DS-GVO), das Recht auf Widerspruch gegen die Datenverarbeitung wegen besonderer Umstände (Art. 21 DS-GVO), das Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO) sowie das Recht auf Beschwerde an die Aufsichtsbehörde bei Datenschutzverstößen (Art. 77 DS-GVO). Im Falle einer erteilten Einwilligung besteht das Recht auf Widerruf dieser Einwilligung (Art. 7 Abs. 3, Art. 13 Abs. 2 c sowie Art. 14 Abs. 2 d).</p> <p>Zuständige Aufsichtsbehörde: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen Postfach 20 04 44 40102 Düsseldorf Telefon: 0211/38424-0 Mail: <a href="mailto:poststelle@ldi.nrw.de">poststelle@ldi.nrw.de</a> Internet: <a href="http://www.ldi.nrw.de">www.ldi.nrw.de</a></p>	

Informationen zur Speicherung und Verarbeitung von personenbezogenen Daten nach DS-GVO finden Sie auch auf der Internetseite des Gesundheitsamtes unter [www.staedteregion-aachen.de/gesundheitsamt-datenschutz](http://www.staedteregion-aachen.de/gesundheitsamt-datenschutz) oder Sie benutzen den hier abgebildeten QR-Code

