

Kirchengemeinde St. Georg,
Herrengasse 6,
36137 Großenlüder

Kindertagesstätte Abenteuerland,
Am Fronhof 21,
36137 Großenlüder

Einwilligung zur Datenweitergabe

gemäß § 6 Abs. 1 lit. b) i.V.m. §§ 8 und 11 Abs. 2 lit. a) KDG¹

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

bei der Betreuung Ihres Kindes sind die Mitarbeiter/innen der Kita zur Verschwiegenheit verpflichtet. Das betrifft z.B. alle Informationen zur Entwicklung und Gesundheit ihres Kindes sowie zum familiären und sonstigen sozialen Umfeld, soweit sie der Leitung oder Mitarbeiter/innen bekannt sind. In einzelnen Fällen ist es jedoch notwendig, im Interesse und zum Wohl Ihres Kindes mit Ärzten, Fördereinrichtungen oder anderen Stellen Informationen auszutauschen. Das ist aber in aller Regel nur mit Ihrer Einwilligung möglich. In der folgenden Erklärung stimmen Sie einer Informationsweitergabe für den bestimmten Fall zu und entbinden die genannten Personen von ihrer Verschwiegenheitspflicht.

Diese Einwilligung ist freiwillig. Sie gilt ab dem Datum der Unterzeichnung bis auf Widerruf. Sie bezieht sich ausdrücklich auch auf die Weitergabe bzw. Bereitstellung von besonderen Datenkategorien (Gesundheitsdaten) i.S.d. § 4 Nr. 2 KDG.

Sie können die Einwilligung verweigern oder ohne Angabe von Gründen jederzeit beim Träger oder der Kita schriftlich (Brief, E-Mail) mit Wirkung für die Zukunft widerrufen, ohne dass Ihnen Nachteile entstehen. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie in den Datenschutzzinformationen zum Betreuungsvertrag.

¹ KDG – Kirchliches Datenschutzgesetz für die Diözese Fulda

Einverständniserklärung für die Informationsweitergabe an Ärzte, Therapeuten u.a. Personen oder Stellen

Hiermit erkläre/n ich/wir mich/uns damit einverstanden, dass die Kita-Leitung und die pädagogische Fachkraft unseres Sohnes/unserer Tochter

(Name des Kindes)

sich mit folgenden Personen/Stellen über Entwicklung, Gesundheit und Verhalten sowie über den Inhalt von Beratungs- und anderen Elterngesprächen austauschen und diesen die damit in Zusammenhang stehenden Umstände mitteilen dürfen.

Funktion	Name, Anschrift der Person und Stelle
<input type="checkbox"/> Arzt, Zahnarzt <input type="checkbox"/> Therapeut <input type="checkbox"/> Förderstelle <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Sozialamt <input type="checkbox"/> sonstige Person/Stelle	

Das Einverständnis gilt

<input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> mit folgenden Einschränkungen	
--	--

Die Einwilligung gilt als Schweigepflichtentbindung im Sinne der bestehenden gesetzlichen sowie vertraglichen Verschwiegenheitspflichten, soweit zulässig. Etwaige gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben hiervon unberührt.

(Vorname, Name: Mutter/Sorgeberechtigte, Vater/Sorgeberechtigter)

Ort, Datum, Unterschriften (Mutter/Sorgeberechtigte), (Vater/Sorgeberechtigter)