Berufsschule der Handwerkskammer Lübeck

Informationen zu gesundheitsbezogenen Daten/ Diagnosen

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Klasse: _____

Bei der Schülerin/ dem Schüler liegt folgendes vor:

- ☐ Diabetes
- ☐ Epilepsie
- ☐ ADHS
- ☐ psychische Erkrankung _____
- ☐ schwere Allergie: _____
- ☐ chronische Erkrankung: _____
- ☐ Sonstiges: _____

Das könnte zu folgenden Situationen und Auswirkungen in der Schule bzw. im Gästehaus/ Internat führen:

_____

_____

_____

_____

☐ In den o.g. Situationen ist keine medizinische Notfallversorgung notwendig.

☐ In den o.g. Situationen ist folgende medizinische Notfallversorgung notwendig:

_____

☐ In den o.g. Situationen ist folgendes hilfreich und gewünscht:

_____

_____

_____

_____

Dieses Dokument wird in der Schulverwaltung hinterlegt und bei Widerruf der Einwilligungserklärung vernichtet.

Berufsschule der Handwerkskammer Lübeck

Einwilligungserklärung zur Speicherung und Weitergabe von Daten

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist ausschließlich die von Ihnen erteilte Einwilligung (Artikel 6 Abs. 1 Buchstabe a) der Verordnung (EU) 2016/679 - Datenschutz-Grundverordnung).

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Klasse: _____

Ich willige ein, dass die Berufsschule der Handwerkskammer Lübeck Informationen zu folgenden gesundheitsbezogenen Daten/ Diagnosen in meiner Schülerakte hinterlegt:

_____

(z. B. Diabetes, Epilepsie, ADHS, schwere Allergien, chronische Erkrankungen, psychische Erkrankungen)

Zweck der Speicherung: Die Daten dienen dazu, die zuständigen Lehrkräfte und das Schulpersonal über meinen Gesundheitszustand, mögliche Auswirkungen auf den Unterricht sowie erforderliche Erste-Hilfe-Maßnahmen oder Nachteilsausgleiche zu informieren.

Ich bin damit einverstanden, dass die Schulleitung diese Informationen an die für mich zuständigen Lehrkräfte sowie ggf. weiteres Schulpersonal weitergibt, soweit dies für meinen Schutz und die Gestaltung des Unterrichts erforderlich ist. Die empfangenden Personen sind zur strikten Vertraulichkeit verpflichtet.

☐ Ich willige ausdrücklich ein, dass die Berufsschule der Handwerkskammer Lübeck und das Gästehaus der Handwerkskammer Lübeck/ Internat der Akademie für Hörakustik die oben genannten gesundheitsbezogenen Daten sowie aktuelle Informationen über mein gesundheitliches Befinden untereinander austauschen dürfen.
Zweck des Austauschs: Sicherstellung einer lückenlosen Betreuung, schnelle Reaktionsfähigkeit bei medizinischen Notfällen und Abstimmung von Unterstützungsmaßnahmen im Schul- und Internatsalltag.

☐ Ich willige nicht in einen Datenaustausch ein.

Diese Einwilligung ist vollkommen freiwillig. Mir entstehen keine schulischen Nachteile, wenn ich sie nicht erteile. Ich kann diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise gegenüber der Schule oder dem Gästehaus/ Internat widerrufen. Nach dem Widerruf werden die Daten unverzüglich aus der Akte gelöscht und nicht mehr weitergegeben.

Berufsschule der Handwerkskammer Lübeck

Sofern sie nicht widerrufen wird, gilt diese Erklärung

☐ für die Dauer meines Besuchs der oben genannten Berufsschule

☐ bis zu folgendem Datum: _____

_____

Ort, Datum, Unterschrift Schülerin/ Schüler

_____

Ort, Datum, Unterschrift der Erziehungsberechtigten *(nur bei Minderjährigen erforderlich)*