

3. Anlass der Anfrage:

In welchen Fragen wünschen Sie sich Unterstützung oder Beratung durch die Autismusbeauftragten des Staatlichen Schulamtes?

4. Bisher eingeschaltete Fachdienste oder andere Partner:

z.B. Frühförderung, Eingliederungshilfe, Therapeuten, Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ), Kinderklinik, Gesundheitsamt, Jugendhilfe, Erziehungsberatungsstellen

Liegt Ihnen ein Bericht vor, dann fügen Sie diesen bitte dem Antrag bei!

Partner/Stelle:	Ansprechpartner:	Zeitraum: wann war der Partner tätig?	Liegt ein Bericht vor? Datum?

5. Diagnose:

Eine fachärztliche Diagnose liegt vor und wird diesem Antrag beigelegt

ja nein

Datum des Diagnoseberichts:

Gestellt durch:

Anmerkungen:

6. Unterschrift der Personensorgeberechtigten:

Ort, Datum

Unterschrift aller Personensorgeberechtigten



Einwilligung in die Datenverarbeitung und -weitergabe und Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht			
Schweigepflichtentbindung zum Antrag auf Beratung und Information durch die Autismusbeauftragten des Staatlichen Schulamtes			
Angaben zur Person des Kindes			
Name, Vorname:	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	geboren am:	Nationalität:
Personensorgeberechtigt sind: <input type="checkbox"/> beide Elternteile <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/>			

- Ich willige/wir willigen ein, dass das Staatliche Schulamt Konstanz meine/unsere personenbezogenen Daten und die des o.g. Kindes zum Zweck der Beratung und Unterstützung durch die Autismusbeauftragten nach den jeweiligen datenschutzrechtlichen Bestimmungen elektronisch in einer zentralen Datenbank verarbeitet. Zugriff auf diese Daten haben nur definierte Mitarbeiter des Staatlichen Schulamtes Konstanz. Ich kann/wir können beim Staatlichen Schulamt Konstanz Auskunft über die gespeicherten Daten und die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Meine/unsere Angabe zum Antrag sind freiwillig.
- Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass das Staatliche Schulamt Konstanz Daten, Informationen, Befunde und Gutachten über mein/unser Kind zum Zweck der Beratung und Unterstützung durch die Autismusbeauftragten des Staatlichen Schulamtes Konstanz bei folgenden Stellen anfordern, besprechen, austauschen und in der zentralen Datenbank speichern darf. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind verpflichtet, diese Informationen vertraulich zu behandeln.

Bitte kreuzen Sie an, für welche Stellen Ihre Einwilligung gelten soll!

- behandelnder Arzt (s.u. ausdrückliche Einwilligung):

- Kinderklinik, SPZ (s.u. ausdrückliche Einwilligung):

- zuständiges Jugendamt/Sozialamt:

- (Schul-) Kindergarten:

- Schule:

- Schulbegleitung:

- Andere (Therapeuten, Autismustherapiezentrum, interdisziplinäre Frühförderung etc.):

Ich willige/wir willigen ausdrücklich ein, dass dabei Daten über die Gesundheit meines/unseres Kindes wie vorstehend beschrieben verarbeitet werden dürfen.

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass bei Bedarf an Leistungen der Eingliederungshilfe sonderpädagogische Berichte an das zuständige Amt zum Zweck der Genehmigung einer Kostenübernahme weitergegeben werden dürfen.

Diese Einwilligung/en kann/können verweigert werden. Ferner kann eine einmal erteilte Einwilligung widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift aller Personensorgeberechtigten



Information bei der Erhebung von personenbezogenen Daten

Zum Verbleib bei den Unterlagen der Personensorgeberechtigten

Mit diesem Merkblatt wird der Informationspflicht gem. Art. 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) entsprochen.

- **Namen und Kontaktdaten des für die Datenverarbeitung Verantwortlichen:**
Staatliches Schulamt Konstanz, Am Seerhein 6, 78467 Konstanz
Bettina Armbruster (Amtsleitung, Ltd. Schulamtsdirektorin)
Mail: bettina.armbruster@ssa-kn.kv.bwl.de
- **Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten:**
Sandra Pita-Leichsenring
Mail: datenschutz-ssakn@ssa-kn.kv.bwl.de
- **Zwecke der Datenverarbeitung:**
Antrag auf Beratung und Information durch den Autismusbeauftragten des Staatlichen Schulamtes Konstanz
- **Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung:**
Die personenbezogenen Daten werden auf der Grundlage der jeweils erteilten Einwilligung verarbeitet.
- **Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten (s. Schweigepflichtentbindung):**
 - Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen Autismus beim Staatlichen Schulamt Konstanz
 - Zuständige Schulrätin/zuständiger Schulrat zum Querschnitt Autismus
 - Zuständiges Amt bei Bedarf an Leistungen der Jugendhilfe und Eingliederungshilfe
- **Speicherdauer der personenbezogenen Daten:**
Während der Begleitung und Beratung durch den Autismusbeauftragten über die Schulzeit hinweg, evtl. Übergabe an das berufliche Schulwesen oder bis zum Abschluss der gewünschten Beratung.
- **Sie haben folgende Betroffenenrechte:**
 - Das Recht auf Auskunft gegenüber dem Verantwortlichen über die betreffenden personenbezogenen Daten (Art. 15 DSGVO)
 - Das Recht auf Berichtigung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten (Art. 16 DSGVO)
 - Das Recht auf Löschung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten (Art. 17 DSGVO)
 - Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO)
 - Das Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO)
 - Das Recht, eine erteilte Einwilligung jederzeit widerrufen zu können (Art. 21 DSGVO)
 - Das Beschwerderecht bei dem Landesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (Art. 77 DSGVO)