

## Anmeldung Klasse 5 Forscherklasse

### Schülerin/Schüler

Name	Vorname

			<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum	Geburtsort	Geburtsland	

		<input type="checkbox"/> christlich (evangelisch) <input type="checkbox"/> christlich (katholisch) <input type="checkbox"/> islamisch <input type="checkbox"/> sonstiges: <input style="width: 80%;" type="text"/> <input type="checkbox"/> ohne Bekenntnis
Staatsangehörigkeit	Herkunftssprache/n	

Mein Kind soll besuchen:  Religionsunterricht (konfessionell kooperativ)  Werte/Normen

Attestierter Förderbedarf:  nein  ja → Förderschwerpunkt:

Besondere Bemerkungen (z. B. Krankheiten):

Max. 1x Schülerwunsch zur Klasseneinteilung:

Schwimmzeugnis in Bronze vorhanden:  ja (bitte Kopie einreichen)  nein

Schülerin/Schüler wohnt bei:  Eltern  nur Mutter  nur Vater

Bei alleinigem Sorgerecht bitte unbedingt eine Kopie des entsprechenden Beschlusses einreichen!

Erziehungsberechtigte	Mutter	Vater
Name / Vorname		
Straße / Hausnummer		
Postleitzahl / Ort		
Ortsteil		
Telefon privat		
Telefon dienstlich		
Mobiltelefon		
E-Mail		
Staatsangehörigkeit		
Zusätzlicher Notfallkontakt		

Peine, \_\_\_\_\_  
 Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift(en)

**Verwaltungsvermerke** (Bitte nicht ausfüllen):

Kopie Zeugnis liegt vor  
  Geburtsurkunde liegt vor  
  in Sibank eingetragen  
 Schülernummer:   
 Kopie Schwimmzeugnis (Bronze) liegt vor  
  Masernschutz nachgewiesen durch:

**Anmeldung Klasse 5, Forscherklasse:**

**Ergänzende Zustimmungen**

**Schülerin/Schüler**

Name	Vorname

1. Ich bin / wir sind einverstanden, dass vor den Sommerferien ein Aushang von Klassenlisten an den Eingangstüren der Schule erfolgen darf.

Peine, \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

2. Die Einwilligungserklärung für die zahnärztlichen Untersuchung habe ich unterschrieben, mein Kind

nimmt daran teil.

nimmt **NICHT** daran teil.

Peine, \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

3. Im Falle der Aufnahme meines Kindes in die Forscherklasse, verpflichte(n) ich mich / wir uns in Klasse 5 und 6 (24 Monate) die Kosten in Höhe von 55€ pro Schuljahr für Forscherunterricht zu übernehmen.

Peine, \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



## Informationen, Einwilligungserklärung zur zahnärztlichen Untersuchung

Das Ratsgymnasium Peine ist im Rahmen unseres Präventionsauftrags auch um die Gesundheit unserer Schüler bemüht.

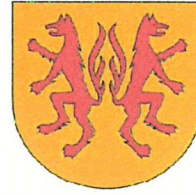
Deshalb bieten wir für unsere Schülerinnen und Schüler der 5. und 6. Klassen einmal jährlich eine zahnärztliche Kurzüberprüfung an. Diese Überprüfung findet im Ratsgymnasium während der Schulzeit statt und bringt keinerlei daraus erwachsenden Verpflichtungen mit sich.

Nach der neuesten Gesetzgebung der Datenschutz-Grundverordnung muss dafür allerdings das anbei liegende Formular ausgefüllt werden. Wir bitten um Unterschrift.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Francis Marx'. The signature is written in a cursive style and is underlined with a single horizontal stroke.

Francis Marx  
(Koordinator, Jahrgänge 5-8)



Liebe Eltern und Erziehungsberechtigte,

gemeinsam mit Ihnen wollen wir die Zähne Ihres Kindes gesund erhalten, denn gesunde Milchzähne sind nicht nur für das Abbeißen und Kauen wichtig, sondern auch für die richtige Sprachbildung. Daneben sind die Milchzähne Platzhalter für die später kommenden bleibenden Zähne.

Daher führen die Zahnärztinnen und Zahnärzte unseres Teams in den Kindergärten und Schulen des Landkreises Peine zahnärztliche Untersuchungen durch. Gesetzliche Grundlage dieser Maßnahme ist der § 21 SGB V (Verhütung von Zahnerkrankungen/Gruppenprophylaxe) (siehe Rückseite). Die zahnärztlichen Untersuchungen finden regelmäßig in den Einrichtungen statt und sind für Sie kostenfrei. Die genauen Termine werden Ihnen über Ihr Kind oder Aushänge in Ihrer Einrichtung rechtzeitig bekannt gegeben.

Bei der Untersuchung wird auf mögliche Zahnschäden, Prophylaxe-Bedarf sowie auf Zahn- und Kieferfehlstellungen geachtet. Über das Untersuchungsergebnis werden Sie schriftlich informiert. Zudem tragen die Untersuchungen im vertrauten Umfeld des Kindergartens/Schule dazu bei, dass die Kinder im Kindergarten- und Grundschulalter spielerisch auf zukünftige Zahnarztbesuche vorbereitet werden und diese positiv erleben.

Damit Ihr Kind an dieser freiwilligen zahnärztlichen Untersuchung teilnehmen kann, unterschreiben Sie bitte die Einwilligungserklärung. Diese Erklärung gilt für die Verweildauer Ihres Kindes in dieser Kindertagesstätte/Schule und kann von Ihnen jederzeit schriftlich widerrufen werden (siehe Angaben auf der Rückseite). Sollten Sie unser Untersuchungsangebot für Ihr Kind nicht nutzen wollen, entsteht für Ihr Kind oder Sie kein Nachteil abgesehen davon, dass wir Sie nicht auf möglichen Behandlungsbedarf aufmerksam machen können.

Die Untersuchung selbst und die als Teil der medizinischen Dokumentation erhobenen Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den geltenden Datenschutzbestimmungen. (Einzelheiten hierzu entnehmen Sie bitte der Rückseite.)

Wenn Sie Ihre Einwilligung für die zahnärztliche Untersuchung geben, erhält der Jugendzahnärztliche Dienst von der Kita/Schule den Namen, das Geburtsdatum Ihres Kindes. Diese Daten und das Untersuchungsergebnis werden in einer Patientenakte gespeichert (siehe Rückseite). Sie dienen der Betreuung Ihres Kindes und werden für anonyme Statistiken verwendet. Diese Statistiken dienen der Planung und Verbesserung unserer Vorsorgemaßnahmen.

Das Gesundheitsamt bekommt von der Schule die Einwilligungserklärungen der Kinder weitergeleitet, die an der Untersuchung teilnehmen sollen.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichem Gruß  
Im Auftrag  
Ihr Team Jugendzahnpflege im Gesundheitsamt Peine

### Einwilligungserklärung

Bitte mit Kugelschreiber ausfüllen, Zutreffendes ankreuzen

Kita/Gruppe Schule/Klasse		
Nachname des Kindes	Vorname des Kindes	Geburtsdatum

Ja  Wir sind / Ich bin damit einverstanden, dass unser/mein Kind während seiner Kindergarten-/Schulzeit in der oben genannten Einrichtung an der zahnärztlichen Untersuchung teilnimmt. Diese Erklärung kann von uns/mir jederzeit widerrufen werden.

Nein  Unser / mein Kind soll an der zahnärztlichen Untersuchung nicht teilnehmen.

Ort	Datum	Unterschrift/en der / des Erziehungsberechtigten
-----	-------	--



## Gesetzliche Grundlagen

### **§21SGB V Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)**

(1) Die Krankenkassen haben im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen unbeschadet der Aufgaben anderer gemeinsam und einheitlich Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen ihrer Versicherten, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zu fördern und sich an den Kosten der Durchführung zu beteiligen. Sie haben auf flächendeckende Maßnahmen hinzuwirken. In Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, werden die Maßnahmen bis zum 16. Lebensjahr durchgeführt. Die Maßnahmen sollen vorrangig in Gruppen, insbesondere in Kindergärten und Schulen, durchgeführt werden; sie sollen sich insbesondere auf die Untersuchung der Mundhöhle, Erhebung des Zahnstatus, Zahnschmelzhärtung, Ernährungsberatung und Mundhygiene erstrecken. Für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko sind spezifische Programme zu entwickeln.

### **§ 5 NGöGD Kinder- und Jugendgesundheit**

(3) Die Landkreise und kreisfreien Städte nehmen die Aufgaben der zuständigen Stellen für die Zahngesundheitspflege nach § 21 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs wahr.

### **§ 8 Gesundheitsberichterstattung**

(2) <sup>1</sup> Die Landkreise und kreisfreien Städte beobachten, beschreiben und bewerten die gesundheitlichen Verhältnisse ihrer Bevölkerung, insbesondere die Gesundheitsrisiken, den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten. <sup>2</sup> Dazu sammeln sie nicht personenbezogene und anonymisierte Daten, werten diese nach epidemiologischen Gesichtspunkten aus und führen sie in Fachberichten zusammen (kommunale Gesundheitsberichterstattung). <sup>3</sup> In die Berichterstattung sollen auch anonymisierte Ergebnisse von Schuleingangsuntersuchungen nach § 5 Abs. 2 Satz 1 und Untersuchungen im Rahmen der Zahngesundheitspflege nach § 5 Abs. 3 einbezogen werden.

### **Widerruf der Einwilligung**

Möchten Sie die Einwilligung widerrufen, richten Sie den schriftlichen Widerruf bitte an die umseitige Adresse. Bitte geben Sie – neben dem Namen und dem Geburtsdatum Ihres Kindes – auch den Namen der Einrichtung an, die Ihr Kind besucht. Bitte beachten Sie zudem, dass uns der Widerruf rechtzeitig vor der Untersuchung erreichen muss, damit wir ihn berücksichtigen können.

### **Transparenz- und Informationspflicht nach Artikel 13 und 14 Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO)**

#### **Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen:**

Landkreis Peine  
Gesundheitsamt  
Maschweg 21  
31224 Peine

#### **Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten:**

Landkreis Peine  
Achim Effenberger  
Burgstraße 1  
31224 Peine  
a.effenberger@landkreis-peine.de

### **Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung**

Die Verarbeitung der Daten erfolgt auf Grundlage der Einwilligung und der derzeit geltenden Datenschutzbestimmungen (Art. 6 Abs.1 lit. a DS-GVO, Art.9 Abs.2 lit a DS-GVO, § 19 NDSG, § 630d BGB). Die zur Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben (s.o.) erhobenen Daten werden auf Papier und/oder elektronisch erfasst und gespeichert (Patientenakte, § 630f. BGB). Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB).

Statistische Datenauswertungen erfolgen anonymisiert, d. h. ohne die identifizierenden Personendaten/-angaben (Vorname, Name, Geburtsdatum) Ihres Kindes. Die anonymisierten Daten werden für regionale und überregionale statistische gruppenbezogenen Auswertungen gemäß § 8 NGöGD (Gesundheitsberichterstattung) verwendet.

(weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter [www.lfd.niedersachsen.de](http://www.lfd.niedersachsen.de))

### **Speicherdauer**

Für die Daten gilt die gesetzlich vorgeschriebene Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren (§ 630f Abs. 3 BGB). Nach Ablauf dieser Frist werden die Daten gelöscht.

### **Empfänger der Daten**

Es findet keine Weitergabe der personenbezogenen Daten an Dritte statt.

### **Hinweis zur Datenerhebung bei Dritten (Artikel 14 DS-GVO)**

Im Rahmen der Vorbereitung der Untersuchung erhält der/die vom Gesundheitsamt beauftragte Zahnärztin/Zahnarzt Namen und Geburtsdaten der Kinder, für die eine Einwilligung zur Teilnahme an der Untersuchung vorliegt.

### **Hinweise auf Ihre Rechte als betroffene Person**

Sie haben das Recht, eine Bestätigung darüber zu verlangen, ob personenbezogene Daten verarbeitet werden, die Sie betreffen; ist dies der Fall, so haben Sie ein **Recht auf Auskunft** über diese personenbezogenen Daten und auf die in Artikel 15 DS-GVO im einzelnen aufgeführten Informationen.

Sie haben das Recht, unverzüglich die **Berichtigung** unrichtiger personenbezogener Daten und ggf. die **Vervollständigung** unvollständiger personenbezogener Daten, die Sie betreffen, zu verlangen (Artikel 16 DS-GVO).

Sie haben das Recht, zu verlangen, dass personenbezogene Daten, die Sie betreffen, unverzüglich gelöscht werden, sofern einer der in Artikel 17 DS-GVO im einzelnen aufgeführten Gründe zutrifft, z. B. wenn die Daten für die verfolgten Zwecke nicht mehr benötigt werden (**Recht auf Löschung**) und die gesetzlichen Aufbewahrungs- und Archivvorschriften einer Löschung nicht entgegenstehen.

Sie haben das Recht, die **Einschränkung der Verarbeitung** zu verlangen, wenn eine der in Artikel 18 DS-GVO aufgeführten Voraussetzungen gegeben ist, z. B. wenn Sie Widerspruch gegen die Verarbeitung eingelegt haben, für die Dauer der Prüfung, ob dem Widerspruch statt gegeben werden kann.

**Datenübertragbarkeit:** Sie haben gem. Artikel 20 DS-GVO das Recht, die dem Landkreis Peine aufgrund Ihrer Einwilligung freiwillig zur Verfügung gestellten und elektronisch verarbeiteten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten, so dass Sie diese Daten einer oder einem anderen Verantwortlichen zur Verfügung stellen können.

Sie haben das Recht, aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung personenbezogener Daten, welche Sie betreffen, **Widerspruch** einzulegen. Die/Der Verantwortliche verarbeitet die personenbezogenen Daten dann nicht mehr, es sei denn:

- Der Landkreis Peine kann zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, welche Ihren Interessen, Rechten und Freiheiten überwiegen oder
- die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen (Artikel 21 DS-GVO) oder
- die Verarbeitung erfolgt im Rahmen aufsichtsrechtlicher Befugnisse (insbesondere Artikel 57 und Artikel 58 DS-GVO).

### **Recht auf Beschwerde**

Sie haben das Recht, sich über eine fehlerhafte Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch das Gesundheitsamt bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen, Prinzenstr. 5, 30159 Hannover, Tel.: 0511 - 120 4500 / Fax: 0511 - 120 4599

Website: [www.lfd.niedersachsen.de](http://www.lfd.niedersachsen.de) , eMail: [poststelle@lfd.niedersachsen.de](mailto:poststelle@lfd.niedersachsen.de)

### **Weitere Informationen**

Weiter Informationen rund um die Themenbereiche Jugendzahnpflege, Gruppenprophylaxe und Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen finden Sie unter [www.landkreis-peine.de](http://www.landkreis-peine.de)



## Einwilligung in die Veröffentlichung von personenbezogenen Daten (einschließlich Fotos)



Sehr geehrte Erziehungsberechtigte,  
liebe Schülerinnen und Schüler,

in geeigneten Fällen wollen wir Informationen über Ereignisse aus unserem Schulleben – auch personenbezogene – einer großen Öffentlichkeit zugänglich machen. Wir beabsichtigen daher, im Rahmen der pädagogischen Arbeit oder von Schulveranstaltungen entstehende Texte und Fotos zu veröffentlichen. Neben Klassen- und Gruppenfotos kommen hier etwa personenbezogene Informationen über Schülerfahrten, Schüleraustausche, (Sport-)Wettbewerbe, Unterrichtsprojekte oder Musikveranstaltungen in Betracht.

Hierzu möchten wir im Folgenden Ihre/Eure Zustimmung einholen. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an unsere Datenschutzbeauftragte Frau Schroeder.

Manfred Filsinger (Schulleiter)

✂

Name, Vorname der Schülerin/des Schülers

Klasse / Jahrgang

---

---

- Hiermit willige ich in die Veröffentlichung von personenbezogenen Daten (Vor- und Nachname) einschließlich Fotos der oben bezeichneten Person in folgenden Medien ein:
- Jahresbericht der Schule und Schülerheft
  - Örtliche Tagespresse
  - Homepage der Schule ([www.ratsgymnasium-pe.de](http://www.ratsgymnasium-pe.de)).
- Der Einwilligung stimme ich **NICHT** zu.

Die Einwilligung ist jederzeit schriftlich beim Schulleiter widerruflich. Bei Druckwerken ist die Einwilligung nicht mehr widerruflich, sobald der Druckauftrag erteilt ist. Bei Veröffentlichung eines Gruppenfotos führt der spätere Widerruf einer einzelnen Person grundsätzlich nicht dazu, dass das Bild entfernt werden muss. Wird die Einwilligung nicht widerrufen, gilt sie zeitlich unbeschränkt, d.h. auch über die Schulzugehörigkeit hinaus. Die Einwilligung ist freiwillig. Aus der Nichterteilung oder dem Widerruf der Einwilligung entstehen keine Nachteile.

Hinweis: Bei der Veröffentlichung im Internet können die personenbezogenen Daten (einschließlich Fotos) weltweit abgerufen und gespeichert werden. Eine Weiterverwendung dieser Daten und Fotos durch Dritte kann daher nicht generell ausgeschlossen werden.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)

und

\_\_\_\_\_  
(ab der 9. Klasse: Unterschrift der Schülerin/des Schülers)