



**Von den Erziehungsberechtigten auszufüllen**

**Antrag der Erziehungsberechtigten auf  
Beratung und Information durch die Autismusbeauftragten des  
Staatlichen Schulamtes**

**1. Angaben zur Person des Kindes**

Name, Vorname(n)	<input type="checkbox"/> Mädchen <input type="checkbox"/> Junge <input type="checkbox"/> divers	geb. am
Nationalität		
Erziehungsberechtigt sind/ist: <input type="checkbox"/> beide Elternteile <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/>		

**Aktuelle Adresse des/ der Erziehungsberechtigten**

Name, Vorname	Straße/Nr.	Postleitzahl/Ort	Tel.	E-Mail

**2. Vorschulische / schulische Einrichtungen**

***Anschrift der aktuell besuchten vorschulischen / schulischen Einrichtung***

***bisher besuchte vorschulische / schulische Einrichtung(en)***

Zeitraum	Einrichtung	ggf. Ansprechperson

### 3. Anlass der Anfrage

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

### 4. Bisherige eingeschaltete Fachdienste/ andere Partner

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

**Liegt Ihnen ein Bericht vor, fügen Sie ihn bitte dem Antrag bei.**

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

### 5. Diagnose

Eine fachärztliche Diagnose liegt vor und wird diesem Antrag beigelegt.

Datum des Diagnoseberichts:

Gestellt durch:

Anmerkungen:

### 8. Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Ort, Datum

Unterschrift aller Erziehungsberechtigten



## Einwilligung in die Datenverarbeitung und -weitergabe Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht (Stand 19.02.2020)

<b>Schweigepflichtsentbindung zum:</b> Antrag auf Beratung und Information durch die Autismusbeauftragten des Staatlichen Schulamtes		
Name, Vorname(n)	<input type="checkbox"/> Mädchen <input type="checkbox"/> Junge <input type="checkbox"/> divers	geb. am
Erziehungsberechtigt sind/ist: <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 Freiburg 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 Schulamts Freiburg. Ich kann beim Staatlichen Schulamt Freiburg Auskunft über die gespeicherten Daten und die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Meine/ unsere Angaben zum Antrag sind freiwillig.
- Ich bin/ wir sind damit einverstanden, dass das Staatliche Schulamt Freiburg Daten, Informationen, Befunde und Gutachten über mein/ unser Kind zum Zweck der Beratung und Unterstützung durch die Autismusbeauftragten bei folgenden Stellen anfordern, besprechen, austauschen und in der zentralen Datenbank speichern darf. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind verpflichtet, die Informationen vertraulich zu behandeln.

○ 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.):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

- Ich willige ausdrücklich ein, dass dabei Daten über die Gesundheit meines/ unseres Kindes wie vorstehend beschrieben verarbeitet werden dürfen.
- Ich/ wir sind einverstanden, dass bei Bedarf an Leistungen der Eingliederungshilfe sonderpädagogische Berichte an das zuständige Amt zum Zweck der Genehmigung einer Kostenübernahme weitergegeben werden.

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

Ort, Datum

Unterschrift(en)

Stand: 21.02.2020

## Information bei Erhebung und Verarbeitung von personenbezogenen Daten zum Verbleib bei den Erziehungsberechtigten

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

- Namen und Kontaktdaten des für die Datenverarbeitung Verantwortlichen (ggf. auch seines Vertreters):

Staatliches Schulamt Freiburg  
Oltmannsstraße 22  
79100 Freiburg  
Dr. Ralf Klingler-Neumann

- Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten:

Datenschutzbeauftragter des Staatlichen Schulamts Freiburg:  
datenschutz@ssa-fr.kv.bwl.de

- Zwecke der Datenverarbeitung:

Beratung und Unterstützung durch die Autismusbeauftragten

- Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung:

Die personenbezogenen Daten Ihres Kindes werden auf der Grundlage der jeweils erteilten Einwilligung verarbeitet.

- Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten:

Schulrat Sonderpädagogik und Pädagogische Mitarbeiter des Staatlichen Schulamts Freiburg  
bei Bedarf an Leistungen der Eingliederungshilfe das zuständige Amt

- Speicherdauer der personenbezogenen Daten oder Kriterien für die Festlegung dieser Dauer:

Bis zum Abschluss der gewünschten Beratung und Unterstützung

- 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 unrichtigen 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.

Zudem besteht ein Beschwerderecht bei dem Landesbeauftragten für den Datenschutz.