

**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung**

Ich willige/Wir willigen hiermit ein,

dass das Gesundheitsamt im Rahmen der Eingangsschuluntersuchung Angaben über die Betreuung des Kindes, Angaben zu Gesundheitsstörungen in der Familie des Kindes sowie Angaben zur Schwangerschaft und Geburtsverlauf sowie Angabe des betreuenden Kinderarztes (Fragen 1, 3, 4 und 7) verarbeiten darf.

Vor- und Nachname und Geburtsdatum des Kindes \_\_\_\_\_

Mir/uns ist bekannt, dass die Einwilligung zur Datenverarbeitung jederzeit widerrufen werden kann, ohne dass meinem/unserem Kind daraus Nachteile entstehen. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung von personenbezogenen Daten nicht berührt. Der Widerruf ist zu richten an:

**Stadt Gera**  
**Gesundheitsamt**  
**Kinder- und Jugendärztlicher Dienst**  
**Gagarinstraße 68, 07545 Gera**  
**Fon: 0365 838-3550/-3548**  
**Fax: 0365 838-3505**  
**E-Mail: kinder.jugendmedizin@gera.de**

(Stelle, Kontaktdaten zur Entgegennahme des Widerrufs): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten  
(Sofern nur ein Berechtigter unterschreibt, versichert dieser zugleich mit Vollmacht und Zustimmung des anderen sein Einverständnis zu geben)