Soziales Jugend und Familie L_nz

ZUSTIMMUNGSERKLÄRUNG

Name des Kindes*: .....

Geburtsdatum*: .....

– Die Schulärztin/ der Schularzt Ihres Kindes ist gesetzlich verpflichtet, die jährliche schulärztliche Untersuchung zu dokumentieren.

Im Falle eines Wechsels in eine andere oberösterreichische Pflichtschule oder bei einem Schularztwechsel innerhalb der gleichen Schule ist es für eine optimale Betreuung Ihres Kindes sinnvoll, die erhobenen Gesundheitsdaten an die/den nächste/n betreuende/n Schulärztin/Schularzt weiterzugeben.

Informationen zum Datenschutz: Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns ein besonderes Anliegen.
Ich nehme zur Kenntnis, dass ich diese Zustimmung jederzeit widerrufen kann. Ein Widerruf ist schriftlich an den Geschäftsbereich Soziales, Jugend und Familie, Abteilung Jugendgesundheit und Schulsozialarbeit , Hauptstraße 1- 5, 4021 Linz zu richten und wird an die zuständige Ärztin/den zuständigen Arzt weitergeleitet. Im Falle des Widerrufes meiner Zustimmung bleiben die bisher gespeicherten Daten weiterhin gespeichert.

Die erhobenen Gesundheitsdaten werden nach Beendigung des Schulbesuches gemäß § 51 des Ärztegesetzes weitere 10 Jahre aufbewahrt.

– Ich stimme der Weitergabe der Gesundheitsdaten an die/den nächste/n betreuende/n Schulärztin/Schularzt zu.

.....
(Datum, Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten)