

Tel.: 0561 787 1958
Fax: 0561 787 1914
zu Händen Frau Haase

Institution/Arztpraxis/Adresse/Stempel

Anonymisierte Nummer: _____

Ansprechpartner/in: _____

Wir schlagen vor, zur Unterstützung folgender Familie eine Familienhebamme oder Familienbegleitung zu beauftragen:

Name der Mutter:	Familienstand: Anzahl der Kinder:
Name des Vaters:	
Name des Kindes:	
Geburtsdatum:	
ODER voraussichtl. Entbindungstermin:	
Anschrift:	
Telefon:	
<u>Folgende Situation liegt vor:</u>	

Ort /Datum

Unterschrift des Ansprechpartners

Hiermit willige ich ein, dass mein Name und Anschrift (die oben ausgefüllten Daten) sowie eine kurze Beschreibung meiner Lebenssituation an das Gesundheitsamt Region Kassel, „Willkommen von Anfang an“ weitergegeben werden kann, um die Unterstützung durch eine Familienhebamme abzuklären. Ich bin einverstanden, dass die Koordinatorin des Gesundheitsamtes mit mir Kontakt aufnimmt und die Kontaktdaten an die Familienhebamme/Familiengesundheitskinderkrankenschwester weitergeben kann. Damit wir diese Aufgabe wirkungsvoll erfüllen können, müssen wir verschiedene Daten erheben, speichern, verarbeiten und nutzen. Hierzu erteilen Sie uns im Rahmen der Maßnahme Ihre Einwilligung.

Ort/Datum

Unterschrift der/die Antragsteller/in

Information zum Datenschutz bei Erhebung Ihrer Daten:

Durch die Ämter der Stadtverwaltung werden vielfältige personenbezogene Daten verwaltet. Die geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen stehen hierbei im Vordergrund.

Sie wünschen einen Kontakt zum Gesundheitsamt Region Kassel („Willkommen von Anfang an“) damit die Unterstützung durch eine Familienhebamme geklärt werden kann. Hierfür verarbeiten wir personenbezogene Daten, wie sie bei der Einwilligungserklärung beschrieben sind. Ihre Angaben werden dazu erhoben, gespeichert, verarbeitet und genutzt.

Weitere Informationen für Sie:

- Dauer der Aufbewahrung: 10 Jahre

Ihre Rechte:

- **Auskunft:** Sie können erfragen, welche personenbezogenen Daten wir über Sie gespeichert haben.
- **Berichtigung:** Sie können unrichtige Angaben korrigieren lassen.
- **Beschwerde:** Sie können sich bei der Aufsichtsbehörde beschweren.

Folgende Rechte gelten *nur bei freiwilligen* Angaben, die nicht aufgrund eines Gesetzes erhoben wurden:

- **Löschung (Vergessenwerden):** Sie können jederzeit Ihre personenbezogenen Daten löschen lassen, soweit sie von uns nicht aufgrund gesetzlicher Vorschriften aufzubewahren sind.
- **Widerspruch:** Sie können der Verarbeitung Ihrer Daten bei freiwillig gemachten Angaben jederzeit widersprechen.
- **Widerruf:** Sie können die freiwillig erteilte Einwilligung Ihre Daten zu speichern und zu verarbeiten, jederzeit widerrufen.

Diese Rechte finden Sie in den Artikeln 15 bis 21 der Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union (DS-GVO).

Bei Fragen hierzu wenden Sie sich an

- Das Gesundheitsamt Region Kassel.
Zu erreichen über unser Servicecenter unter ☎ 0561 – 115, ✉ Info@kassel.de
postalisch: Obere Königsstraße 8, 34117 Kassel
- oder den Datenschutzbeauftragte/n
☎ 0561 – 787 2150, ✉ datenschutzbeauftragter@kassel.de
- Die für die Stadt Kassel zuständige Aufsichtsbehörde ist:
Der Hessische Datenschutz- und Informationsbeauftragte, Gustav-Stresemann-Ring1, 65189 Wiesbaden, ☎ 0611 1408 0, ✉ poststelle@datenschutz.hessen.de