

**Regionale Schulberatungsstelle für den Kreis Viersen**

Rathausmarkt 3 41747 Viersen  
Anmeldung: Raum 1332

Tel.: 02162/39-1484 // Fax: 02162/39-28 1484  
[schulberatung@kreis-viersen.de](mailto:schulberatung@kreis-viersen.de)  
[www.kreis-viersen.de/schulberatung](http://www.kreis-viersen.de/schulberatung)



Wird von Regionaler Schulberatungsstelle ausgefüllt

Eingangsdatum:.....

Verf. von:.....

# Anmeldebogen Regionale Schulberatungsstelle

von Lehrer/-in und Eltern / Sorgeberechtigten auszufüllen



Alternativ kann die Anmeldung auch online erfolgen über [www.kreis-viersen.de/schulberatung](http://www.kreis-viersen.de/schulberatung) oder diesen QR Code

**Name & Ort der Schule:**

.....

**Name Lehrer/-in:**

Frau       Herr

.....

**Funktion innerhalb der Schule:**

- Klassenlehrer/-in       Schulleitung
- Fachlehrer/-in       Förderlehrer/-in
- Beratungslehrer/-in
- Andere: .....

**Name Schüler/-in:**

.....

Geburtsdatum: ..... Klasse: .....

Straße, Nr.: .....

PLZ/Ort: .....

**Eltern / Familie:**

Name der Mutter: .....

Name des Vaters: .....

Abweichende Adresse:  Mutter     Vater:

.....

Geschwister (Anzahl): .....

**Sorgerecht:**

- Gemeinsam     Mutter alleine     Vater alleine
- Andere/ Gesetzlicher Vertreter:

.....

**Erreichbarkeit Telefon / E-Mail:**

Telefon: .....

Mobil (optional): .....

E-Mail (optional): .....

Telefonische Erreichbarkeit für Terminabsprachen (*Wochentage / Uhrzeiten, z.B. Mo, Mi, Do, jeweils ab 15 Uhr*):

.....

.....

**Von der Beratung erwarten wir die Klärung folgender Fragen bzw. Probleme**

(bitte Rückseite oder zusätzliches Blatt nutzen, falls Platz nicht ausreicht):

Empty space for providing information regarding questions or problems.

**Bereits erfolgte außerschulische Maßnahmen** (z.B. psychologisch-  
diagnostische Untersuchungen, Arztbesuche, Beratungsstellen, Therapeuten, Nachhilfe):

**Sonstige Besonderheiten / Informationen:**

**Hinweise zum Datenschutz:**

Bitte beachten Sie das **beigefügte Informationsblatt** zum Datenschutz sowie die dort aufgelistete **Notwendigkeit einer Einwilligung** in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten und bestätigen Sie diese mit Ihrer Unterschrift auf diesem zusätzlichen Dokument.

**Schweigepflichtentbindung:**

Hiermit entbinden wir, die Sorgeberechtigten, die Regionale Schulberatungsstelle für den Kreis Viersen und die pädagogischen Fachkräfte unseres Kindes gegenseitig von ihrer Schweigepflicht nach § 203 StGB bezüglich unseres Kindes

\_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_.

Die Entbindung bezieht sich auf Klassenlehrer / Fachlehrer / pädagogische Fachkräfte / Schulleitung / Schulaufsicht (nicht gewünschte Personengruppe(n) bitte streichen).

Sollte die Weitergabe bestimmter Informationen nicht erwünscht sein, ist hierauf explizit hinzuweisen. Die Entbindung von der Schweigepflicht kann jederzeit schriftlich widerrufen werden und gilt längstens bis zum Ende des Beratungsprozesses.

Uns ist bekannt, dass die Schweigepflicht gegenüber anderen Personen oder Institutionen weiter gültig ist.

**Der/die Lehrer/-in** erklärt sich mit einer gemeinsamen Schulberatung einverstanden.

**Die Eltern/ alle Sorgeberechtigten** erklären sich mit einer gemeinsamen Schulberatung einverstanden, und entbinden beide Seiten von der Schweigepflicht.

Ort, Datum:.....

Ort, Datum:.....

Unterschrift: .....

Unterschrift(en): .....

# Information nach Artikel 13 Datenschutz- Grundverordnung (DSGVO) - Datenschutzerklärung

Bitte lesen Sie sich die nachfolgenden Informationen aufmerksam durch und bestätigen Sie am Ende mit Ihrer Unterschrift, dass Sie diese zur Kenntnis genommen haben. Das zweite Exemplar der Informationen ist für Ihre eigenen Unterlagen bestimmt.

## **Grundsätzliches**

Zur Erfüllung der im Erlass des Ministeriums für Schule und Weiterbildung des Landes NRW vom 08.01.07 festgelegten Aufgaben der psychologischen Beratungstätigkeit im Rahmen des schulpsychologischen Dienstes, werden von diesem personenbezogene Daten erhoben und verarbeitet. Dies erfolgt auf Grundlage des Art. 6 I Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union (DSGVO) sowie der speziellen Datenschutzregelungen betreffend die Schweigepflicht.

Die Verarbeitung von personenbezogenen Daten erfolgt nur im notwendigen Umfang und im Einklang mit den gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere mit den Regelungen der DSGVO.

## **Verantwortlich**

Kreis Viersen  
Der Landrat  
Rathausmarkt 3, 41747 Viersen  
E-Mail: [landrat@kreis-viersen.de](mailto:landrat@kreis-viersen.de)

## **Datenschutzbeauftragter**

Der Datenschutzbeauftragte des Kreises Viersen  
Adresse: Rathausmarkt 3, 41747 Viersen  
Telefon: 02162 39-1077  
E-Mail: [datenschutz@kreis-viersen.de](mailto:datenschutz@kreis-viersen.de)

## **Zweck/e der Datenverarbeitung**

Die Erfassung und Verarbeitung Ihrer Daten dient dazu, die psychologische Beratungstätigkeit im Rahmen des schulpsychologischen Dienstes antragsgemäß zu ermöglichen. Die Daten werden erhoben, um eine eindeutige Fallzuordnung und eine adäquate Dokumentation vornehmen zu können, die die Beratungsqualität sichert.

Ihre Angaben sind freiwillig. Wenn Sie keine oder keine vollständigen Angaben machen, können wir Ihre Beratung jedoch nicht oder nicht richtig bearbeiten. Das kann dazu führen, dass ein Beratungsprozess nicht möglich ist.

## **Rechtsgrundlage/n:**

Erlass des Ministeriums für Schule und Weiterbildung des Landes NRW vom 08.01.07; DSGVO

## **Empfänger der Daten:**

Die Beratung unterliegt der Schweigepflicht. Daten werden nur mit Ihrer schriftlicher Einwilligung weitergegeben.

Zur korrekten Bearbeitung Ihres Antrages werden, falls einschlägig, alle nötigen Daten an folgende Dritte weitergegeben:

- Pädagogische Fachkräfte an der Schule
- andere Institutionen (z.B. Beratungsstellen)
- Ärzte

## **Datenerhebung bei Dritten**

Um eine umfassende Beratungsleistung zu gewährleisten, werden ggf. Daten bei Dritten erhoben, sofern eine direkte Erhebung bei Ihnen als Betroffene/m nicht möglich oder zielführend ist. Dies beinhaltet die oben genannten Dritten (Ärzte, andere Institutionen, Pädagogische Fachkräfte).

**Dauer der Speicherung:**

Die von Ihnen gemachten Angaben speichern wir in Papierform als Akte und in elektronischer Form. Wir speichern Ihre Daten nur so lange, wie wir sie zur Erfüllung unserer gesetzlichen Aufgaben benötigen. Ihre in einer Papierakte im schulpsychologischen Dienst gespeicherten Daten und die elektronisch gespeicherten Daten werden zum Abschluss des Vorgangs noch 10 Jahre aufbewahrt und dann vernichtet bzw. gelöscht.

**Rechte der Betroffenen:**

Sie haben als betroffene Person nach der DSGVO grds. folgende Rechte:

- Recht auf Auskunft über die verarbeiteten personenbezogenen Daten (Art. 15)
- Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16)
- Recht auf Löschung der personenbezogenen Daten (Art. 17)
- Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung (Art. 18)
- Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20)
- Recht auf Widerspruch gegen die Datenverarbeitung wegen besonderer Umstände (Art. 21)
- Recht auf Beschwerde an die Aufsichtsbehörde bei Datenschutzverstößen (Art. 77)
- Recht auf Widerruf bei Einwilligungen (Art. 7)

**Zuständige Aufsichtsbehörde**

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit NRW

Kavalleriestr. 2-4, 40213 Düsseldorf

Telefon: 0211/38424-0 // Telefax: 0211/38424-10 // E-Mail: [poststelle@ldi.nrw.de](mailto:poststelle@ldi.nrw.de)

Internet: [www.ldi.nrw.de](http://www.ldi.nrw.de)

**Erhebung von Daten der besonderen Kategorie (Art 9 DSGVO)**

Nach § 9 Abs.1 DSGVO bedürfen u.a. sog. Gesundheitsdaten des besonderen Schutzes. Im Rahmen der gewünschten Beratungstätigkeit werden diese Daten in Bezug auf Ihr Kind erfasst und verarbeitet. Gemäß Art 9 Abs. 2 a, h, Abs. 3 DSGVO ist die Verarbeitung dieser Daten mit Ihrer Einwilligung und ferner zulässig, damit der schulpsychologische Dienst seine Aufgaben im Bereich der Gesundheitsvorsorge wahrnehmen kann. Die Einwilligung können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft schriftlich beim Amt für Schulen, Jugend und Familie des Kreises Viersen widerrufen.

Ich/Wir habe(n) obenstehende Datenschutzerklärung und Hinweise gelesen und verstanden. Wir sind ausdrücklich mit der Verarbeitung von sog. Gesundheitsdaten (Art. 9 DSGVO) einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift/en

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_