

Schülerdatenblatt gemäß Bildungsdokumentationsgesetz

Besuchte Ihr Kind eine Vorschulklasse? ☐ ja (Schule: _____) ☐ nein

Grunddaten des Schülers:					
Allgemeines					
Vorname 1/2/3					
Nachname					
Geburtsort	Geburtsland	Staatsbürgerschaft	SVNr. _____		
Mutterspr.	Geschlecht	Geburtsdatum			
		m/w			
Diverses					
					Anzahl der Geschwister _____
Wohnsitzgemeinde					
Straße	Land	PLZ	Ort		
	Österreich				
Religionsbekenntnis			Fremdsprachenkenntnisse		
Kontakte: Erziehungsberechtigte					
	Nachname	Vorname	Erz. ber.	Kind wohnt	Telefonnummer(n)
Vater:			☐	☐	
Mutter:			☐	☐	
			☐	☐	
Wohnsitzgemeinde					
	Straße	Land	PLZ	Ort	
Vater:					
Mutter:					

Art. 7 – EU-DSGVO – Einwilligung

EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO)

Ich bin damit einverstanden, dass die angeführten personenbezogenen **Daten** ausschließlich für schulische und organisatorische Zwecke (Klassenlisten, Schulbuchlisten, Listen im Zusammenhang mit Schulveranstaltungen und schulbezogenen Veranstaltungen, Schulfotograf, Essensliste usw.) teilweise oder vollständig verarbeitet werden.

Daten: Vor- und Zuname des Kindes und der Eltern, Wohnadresse, Geburtsdatum, Versicherungsnummer, Religionsbekenntnis, Muttersprache, Staatsbürgerschaft, Kontaktdaten der Eltern, Telefonnummern

Die betroffene Person hat jederzeit das Recht die Einwilligung zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Name der Schülerin/des Schülers: _____

Name des Erziehungsberechtigten: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Art. 7 – EU-DSGVO – Einwilligung

EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO)

Ich bin damit einverstanden, dass die angeführten personenbezogenen **Daten** ausschließlich für schulische und organisatorische Zwecke (Klassenlisten, Schulbuchlisten, Listen im Zusammenhang mit Schulveranstaltungen und schulbezogenen Veranstaltungen, Schulfotograf, Essensliste usw.) teilweise oder vollständig verarbeitet werden.

Daten: Vor- und Zuname des Kindes und der Eltern, Wohnadresse, Geburtsdatum, Versicherungsnummer, Religionsbekenntnis, Muttersprache, Staatsbürgerschaft, Kontaktdaten der Eltern, Telefonnummern

Die betroffene Person hat jederzeit das Recht die Einwilligung zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Name der Schülerin/des Schülers: _____

Name des Erziehungsberechtigten: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

ZUSTIMMUNGSERKLÄRUNG

Name des Kindes:..... geb:.....

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.

- ☐ Ich stimme der Weitergabe zu.
- ☐ Ich stimme der Weitergabe NICHT zu.

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

ZUSTIMMUNGSERKLÄRUNG

Name des Kindes:..... geb:.....

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.

- ☐ Ich stimme der Weitergabe zu.
- ☐ Ich stimme der Weitergabe NICHT zu.

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

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

zur Abgabe von Kaliumjodidtabletten an Schulen und Internaten

Liebe Eltern und Erziehungsberechtigte!

Die Bevorratung von Kaliumjodidtabletten ist eine wichtige Vorsorgemaßnahme, um Ihr Kind im Fall eines schweren Kernkraftwerkunfalls vor Schilddrüsenkrebs zu bewahren.

Sie bekommen diese Tabletten für Ihr(e) Kind(er) kostenlos in der Apotheke oder bei Ihrem Hausapotheken führenden Arzt. Damit können Sie Ihr(e) Kind(er) zu Hause wirkungsvoll schützen, wenn die Gesundheitsbehörden nach einer Reaktorkatastrophe zur Einnahme der Tabletten auffordern.

Sollte im Falle eines Kernkraftwerkunfalls die Alarmierung jedoch während des Aufenthaltes in der Schule oder im Internat erfolgen, kann Ihr Kind die erste Tagesdosis bereits dort erhalten. Diese Einrichtungen halten die erforderlichen Tabletten für Ihr Kind bereit.

Die Abgabe der Tabletten an die Kinder erfolgt im Katastrophenfall streng nach den Anweisungen der Gesundheitsbehörden und nach Maßgabe Ihrer vorherigen Einverständniserklärung.

Wenn diese Einwilligung vorliegt, kann Ihrem Kind die erste Tagesdosis an Kaliumjodidtabletten in der Schule oder im Internat verabreicht werden. In Internaten kann die Verabreichung der Tabletten über mehrere Tage fortgesetzt werden, wenn die Gesundheitsbehörden bei einer Katastrophe dazu auffordern. Die Einwilligung gilt für die Dauer des Besuchs dieser Einrichtungen.

Hochachtungsvoll

Die Direktion

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

zur Abgabe von Kaliumjodidtabletten an Schulen und Internaten

Name des Kindes

Geburtsdatum

Name der/des Erziehungsberechtigten.....

Zutreffendes bitte ankreuzen

- ☐ JA, ich erteile entsprechend dem beiliegenden Merkblatt für Eltern und Erziehungsberechtigte die Einwilligung, meinem Kind im Katastrophenfall - nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden - Kaliumjodidtabletten zu verabreichen und bestätige, dass mir für mein Kind keine Unverträglichkeiten bzw. Gegenanzeigen zur Einnahme von Kaliumjodidtabletten bekannt sind.
- ☐ NEIN, ich erteile die Einwilligung nicht.

.....
Datum

.....
Unterschrift

REGELUNG BEZÜGLICH KATASTROPHENFALL

- ☐ Mein Kind wird im **Katastrophenfall** umgehend von der Schule abgeholt.
- ☐ Mein Kind sollte im **Katastrophenfall** zunächst in der Schule bleiben.



Integratives Schulzentrum Dr. Schärf-Schule

Klassen für Kinder mit erhöhtem Förderbedarf – Volksschulklassen mit Alternativpädagogik

Direktion: SD Karoline Reischl

Schulkennzahl: 403013 (ISZ Wels-Stadt)

Porzellangasse 46

A-4600 Wels

Tel.: 07242/235-6520

FAX: 07242/235-1641

E-Mail: isz.wels@eduhi.at

Internet: <http://isz.wels.eduhi.at>

Einverständniserklärung für die Veröffentlichung von Foto- und Filmaufnahmen

Eine qualitätsvolle Öffentlichkeitsarbeit ist für uns von großer Bedeutung, um unsere Schule und unsere regelmäßigen schulischen Projekte (Ausstattung unserer Therapieräume durch Sponsoren, integrative Kunstprojekte usw.) einer interessierten Öffentlichkeit bekannt zu machen.

Bei diesen Veranstaltungen werden von unseren ISZ-Schüler/innen Foto- bzw. Filmaufnahmen gemacht, die häufig auch in der **Lokalpresse** publiziert werden.

Wir bitten Sie, uns in unserer Öffentlichkeitsarbeit durch Ihre Zustimmung zur Veröffentlichung von Foto- und Filmaufnahmen Ihres Kindes zu unterstützen.

☐	Ich erteile die Einwilligung , dass in der Schule und bei Schulveranstaltungen Film- und Fotoaufnahmen von meinem Kind gemacht werden und gegebenenfalls auch publiziert werden dürfen.
☐	Ich erteile die Einwilligung NICHT , dass in der Schule und bei Schulveranstaltungen Film- und Fotoaufnahmen von meinem Kind gemacht werden und gegebenenfalls auch publiziert werden dürfen.

Name des Kindes: _____

Datum: _____

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten: _____

WICHTIGE ELTERNINFORMATION

Sehr geehrte Eltern und Erziehungsberechtigte!

- Im Rahmen Ihrer gesetzlichen elterlichen Obsorgeverpflichtung ist es notwendig, die Schule über allfällige gesundheitliche Beeinträchtigungen Ihres Kindes soweit zu informieren damit es in der Schule und bei Schulveranstaltungen/schulbezogenen Veranstaltungen zu möglichst keiner gesundheitlichen Gefährdung Ihres Kindes kommt.
- Ist die Verabreichung bzw die Unterstützung bei der Verabreichung eines Medikamentes bzw Notfallmedikamentes oder bei einer anderen ärztlich übertragbaren Tätigkeit durch eine Lehrkraft notwendig, so ist das **ausschließlich** durch eine gesonderte Vereinbarung mit Direktion und Lehrkraft möglich. In manchen Fällen ist rechtlich auch die Einbindung des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin notwendig, weshalb eine **möglichst frühzeitige Information** der Schule wichtig ist.
Bitte halten Sie in diesem Fall regelmäßigen Kontakt mit dem Klassenvorstand. Sollten sich im Lauf des Schuljahres Änderungen ergeben wird um sofortige Mitteilung ersucht.
- Wenn Sie Ihrem Kind zu einer Schulveranstaltung/schulbezogenen Veranstaltung ein Medikament zur selbstständigen Einnahme mitgeben, so darf dieses **keinesfalls** an andere Kinder weitergegeben werden. Bitte besprechen Sie das mit Ihrem Kind!
- Wenn möglich wird eine schulärztliche Untersuchung vor der Sportwoche/Projektwoche stattfinden. Wenn Ihr Kind jedoch unmittelbar vor Beginn einer Schulveranstaltung/schulbezogenen Veranstaltung erkrankt bzw. sich nicht gesund fühlt suchen Sie bitte den Arzt/die Ärztin Ihres Vertrauens auf.
- Bei jeder Schulveranstaltung/schulbezogenen Veranstaltung kann es zu einem Zeckenbiss kommen. Auf eine rechtzeitige Überprüfung des Impfschutzes – auch bezüglich anderer Infektionskrankheiten – wird hingewiesen.
- Bei einer Erkrankung oder einem Unfall Ihres Kindes In der Schulzeit bzw während einer Schulveranstaltung werden Sie als Eltern und Erziehungsberechtigte umgehend informiert und ein Arzt/eine Ärztin wird beigezogen. Deshalb wird ersucht, Änderungen Ihrer Telefonnummern der Schule immer sofort bekanntzugeben.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Elternfragebogen

Liebe Eltern!

Ihre Angaben sind nur für die Schulärztin/den Schularzt bestimmt. Sie werden **streng vertraulich** behandelt und sollten in Ihrem eigenen Interesse in einem **Kuvert verschlossen der Schulärztin/dem Schularzt** übermittelt werden. Ein vollständiges Ausfüllen erleichtert die Arbeit der Schulärztin/des Schularztes.

Familienname der Schülerin/des Schülers _____ **Vorname** _____

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich **Geburtsdatum:** _____ TT.MM.JJJJ

Name und Anschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): _____

Telefon: _____

Berufstätigkeit der Eltern: Mutter: ☐ ja ☐ nein
Vater: ☐ ja ☐ nein

Geburtsjahr der Geschwister: _____

Sind die Eltern zuckerkrank? Mutter: ☐ ja ☐ nein
Vater: ☐ ja ☐ nein

Welche Infektionskrankheiten hat die Schülerin/der Schüler durchgemacht?

Windpocken (Feucht-/Schafblattern) ☐ ja ☐ nein
Scharlach ☐ ja ☐ nein
Sonstige: _____

Bestanden oder bestehen andere Krankheiten, wie häufige Halsentzündungen, Gelenkentzündungen, angeborene Fehlbildungen, Erkrankungen an Herz-Kreislauf, Magen, Darm, Lunge, Niere, Harnwegen, Haut, Nervensystem? **Bitte zutreffendes unterstreichen.**

Nähere Angaben: _____

Operationen oder bleibende Unfallfolgen: _____

Regelmäßige Medikamenteneinnahme: ☐ ja ☐ nein
welche: _____

Wurde die Schülerin/ der Schüler **gegen FSME (Zecken) geimpft?** ☐ ja ☐ nein
letzte Impfung am: _____

Wurden die von der Gesundheitsbehörde empfohlenen Impfungen durchgeführt? ☐ ja ☐ nein

Bitte zur schulärztlichen Untersuchung IMPFPASS mitgeben!

Besteht im Besonderen:

Asthma bronchiale	☐ ja ☐ nein	Häufiger Kopfschmerz	☐ ja ☐ nein
Allergie (Ekzem, Heuschnupfen, Arzneimittel-/ Insektenallergie)	☐ ja ☐ nein	Chronische Mittelohrentzündung (Trommelfellverletzung)	☐ ja ☐ nein
Zuckerkrankheit	☐ ja ☐ nein	Sehfehler	☐ ja ☐ nein
Ohnmachtsneigung	☐ ja ☐ nein	Hörfehler	☐ ja ☐ nein
Anfallsleiden	☐ ja ☐ nein	Sprachfehler	☐ ja ☐ nein
Auffälligkeiten (Schlafschwierigkeiten, verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen, Unruhe)			☐ ja ☐ nein
sonstige Auffälligkeiten: _____			

Datum _____ Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten) _____

Augenanamneseblatt für die schulärztliche Untersuchung

Name:

Geb.Datum:

Klasse:

1) Gibt es bei Ihrem Kind Auffälligkeiten

- ☐ schlechtes Sehen ohne Brille
- ☐ schlechtes Sehen trotz Brille
- ☐ Schielen
- ☐ Augenzittern
- ☐ häufige Kopfschmerzen
- ☐ Kopfschiefhaltung
- ☐

2) Gibt es in Ihrer Familie

- ☐ Brillenträger
- ☐ Schielen
- ☐ Augenerkrankungen z.B.....

3) War Ihr Kind schon bei einem Augenfacharzt / Sehschule zur Kontrolle ?

- ☐ ja letzte Kontrolle wann?.....
- ☐ nein

Regelmäßige Kontrollen?

- ☐ ja
- ☐ nein

4) Trägt Ihr Kind eine Brille/Kontaktlinsen?

- ☐ ja seit wann?.....
- ☐ nein

5) Musste Ihr Kind bisher ein Auge zukleben?

- ☐ ja welches?
- ☐ nein

6) Wurde bei Ihrem Kind bisher eine Augenoperation durchgeführt?

- ☐ Ja welche?.....
- ☐ nein

.....
Unterschrift der Eltern/Erziehungsber.

.....
Datum