

Landkreis Teltow-Fläming

Die Landrätin



Kreisverwaltung Teltow-Fläming • Am Nuthefließ 2 • 14943 Luckenwalde

Dezernat II
Gesundheitsamt/ Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
Nebenstelle: Kirchstraße 1, 15806 Zossen

Auskunft: Frau Beyer/Frau Thymian

Zimmer: 106

Telefon: 03377/2051 106 o. 105

Telefax: 03377/2051 109

E-Mail: jana.beyer@teltow-flaeming.de

birgit.thymian@teltow-flaeming.de

Datum: 2021

Aktenz.: 53 51 02

Schuleingangsuntersuchung

Im Rahmen der Covid-19 Pandemie bitten wir Sie, folgende Schutzmaßnahmen einzuhalten:

- An der Untersuchung soll nur das zu untersuchende Kind und maximal ein Elternteil teilnehmen
- Bitte Mundschutz für das Kind und das Elternteil mitbringen
- Bitte pünktlich zum Termin erscheinen, nicht eher
- Elternteil und Kind müssen gesund und seit 14 Tagen infektfrei sein, bitte das auf dem Elternfragebogen schriftlich und formlos bestätigen, z.B. „... und ... sind seit 14 Tagen gesund“, bei Krankheit bitte einen neuen Termin vereinbaren
- Bitte Kugelschreiber und Bleistift mitbringen

Landkreis Teltow-Fläming

Die Landrätin



Kreisverwaltung Teltow-Fläming • Am Nuthefieß 2 • 14943 Luckenwalde

Dezernat II
Gesundheitsamt/ Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
Nebenstelle: Kirchstraße 1, 15806 Zossen

Auskunft: Frau Beyer/Frau Thymian
Zimmer: 106
Telefon: 03377/2051 106 o. 105
Telefax: 03377/2051 109
E-Mail: jana.beyer@teltow-flaeming.de
birgit.thymian@teltow-flaeming.de

Datum: 2021
Aktenz. : 53 51 02

Schuleingangsuntersuchung

Sehr geehrte Eltern / Sorgeberechtigte

Ihr Kind wird in diesem Jahr schulpflichtig.

Damit beginnt ein neuer Lebensabschnitt, der sowohl körperlich als auch geistig neue Anforderungen an Ihr Kind stellt.

Vor der Einschulung wird durch eine ärztliche Untersuchung festgestellt, ob Ihr Kind den Anforderungen der Schule gewachsen ist oder Krankheiten bzw. Entwicklungsverzögerungen einer Einschulung entgegenstehen und einer besonderen Förderung bedürfen.

Diese Aufgabe zur Durchführung der Schuleingangsuntersuchung wurde gemäß § 37 des Brandenburgischen Schulgesetzes dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes übertragen.

Die Einschulungsuntersuchung findet am(Bitte Termin eintragen!)

- o Im Gesundheitsamt, Nebenstelle Zossen, Kirchstr .1, Zimmer 106 statt.

Um die Gesundheit und den Entwicklungsstand Ihres Kindes zuverlässig beurteilen zu können, bitten wir Sie, den anliegenden Elternfragebogen auszufüllen. Die Angaben zur bisherigen Entwicklung des Kindes und zu eventuellen gesundheitlichen Besonderheiten in der Familie sind u. a. für die Einschätzung von gesundheitlichen Risiken durch die Ärztin von großer Bedeutung. Die Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Der Impfstatus Ihres Kindes wird an diesem Tag ebenfalls überprüft. Sollten bei Ihrem Kind Impflücken festgestellt werden, erhalten Sie eine Empfehlung für die niedergelassene Ärztin/den niedergelassenen Arzt.

Außer dem ausgefüllten Fragebogen bringen Sie bitte am Untersuchungstag:

1. das Impfbuch oder andere Impfdokumente,
2. das „gelbe“ Vorsorgeheft zu den U-Untersuchungen,
3. Bescheinigungen, wie z. B. Schwerbehindertenausweis, Allergiepass, Herzpass o. ä.,
4. verschriebene Hilfsmittel wie Brille (Brillenpass), Hörgerät o. ä.
5. wenn vorhanden, wichtige medizinische Vorbefunde

* Die genannte E-Mail Adresse dient nur zum Empfang einfacher Mitteilungen ohne Signatur und/oder Verschlüsselung.

Öffnungszeiten:

Montag und Dienstag 09:00 - 12:00 Uhr und 13:00 - 15:00 Uhr

Donnerstag 09:00 - 12:00 Uhr und 13:00 - 17:30 Uhr

Freitag 09:00 - 12:00 Uhr

Telefon: 03371 608-0

Telefax: 03371 608-9100

Bankverbindung:

Mittelbrandenburgische Sparkasse in Potsdam

BLZ: 160 500 00

Konto-Nr: 3633027598

BIC: WELADED1PMB

IBAN: DE86 1605 0000 3633 0275 98

Einzelne Beratungsdienste haben andere Öffnungszeiten. Diese erfahren Sie über die Telefonzentrale oder im Internet.
Sie können Ihr Anliegen nach Absprache mit dem Mitarbeiter auch Mo, Di, Mi, Do bis 19:00 Uhr und Fr bis 16:00 Uhr in der Kreisverwaltung erledigen.

Internet: <http://www.teltow-flaeming.de>

6. ggf. die unterschriebene Einverständniserklärung zur Aufnahme der Impfdaten mit

Sollten bei Ihrem Kind auffällige Befunde festgestellt werden, erhalten Sie selbstverständlich eine schriftliche Information, die u. a. Empfehlungen zur weiteren Diagnostik und Therapie bzw. zu Fördermaßnahmen enthält. Nach dem Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetz ist der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst verpflichtet, auch die Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen zu begleiten. Ihre Rückinformation an uns über die Vorstellung Ihres Kindes bei einer niedergelassenen Kinderärztin/einem niedergelassenen Kinderarzt bzw. begonnene Therapien oder Fördermaßnahmen sind ebenso wichtig wie eine mit Ihrem Einverständnis erfolgende Rückmeldung der Kinderärztin/des Kinderarztes bzw. der Fördereinrichtung an uns.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung. Sie erreichen uns unter der im Briefkopf genannten Adresse in Zossen.

Sollte Ihnen die Wahrnehmung des genannten Termins nicht möglich sein, setzen Sie sich bitte mit uns unter folgender Tel.-Nr: 03377/2051 105 oder 106 in Verbindung.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Angaben zur kinderärztlichen Untersuchung Ihres Kindes

EINSCHULUNG

Vertraulich! (Nur für den Kinder- und Jugendarzt Ihres Gesundheitsamtes)

Sämtliche Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Nachname des Kindes	Vorname des Kindes	Geburtsdatum _ _ _ _ _ _ _ _
Name und Anschrift der/des Personensorgeberechtigten		Telefon / Handy
Name und Anschrift der Schule		
Behindertenausweis vorhanden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Grad der Behinderung _ _
		Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

1. Allgemeine Fragen

Welche Muttersprache spricht Ihr Kind?	<input type="checkbox"/> deutsch	<input type="checkbox"/> andere: wenn ja, welche	<input type="checkbox"/> wächst zweisprachig auf
Mein Kind besucht eine Kita	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> seit 1 Jahr <input type="checkbox"/> seit 2 Jahren <input type="checkbox"/> seit 3 Jahren <input type="checkbox"/> seit 4 Jahren

2. Rund um die Geburt

Schwangerschaftsverlauf	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> mit Komplikationen	<input type="checkbox"/> unbekannt	Dauer der Schwangerschaft in Wochen	_ _
Geburtsverlauf	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> mit Komplikationen	<input type="checkbox"/> unbekannt	Geburtsgewicht	_ _ _ _ g
				Geburtslänge	_ _ cm
Wie lange wurde Ihr Kind ausschließlich gestillt?					
<input type="checkbox"/> unter 2 Monate <input type="checkbox"/> 2 bis unter 4 Monate <input type="checkbox"/> 4 bis unter 6 Monate <input type="checkbox"/> länger als 6 Monate <input type="checkbox"/> nie gestillt					

3. Entwicklung des Kindes

Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn nein, bitte Ihre Hinweise: _____		
Liegen gesundheitliche Besonderheiten vor?	<input type="checkbox"/> nein	
ja nämlich:	<input type="checkbox"/> Sprachauffälligkeiten	<input type="checkbox"/> Sehstörungen
	<input type="checkbox"/> Hörstörungen	<input type="checkbox"/> Hörstörungen
	<input type="checkbox"/> häufiges Hinfallen	<input type="checkbox"/> andere
		<input type="checkbox"/> unbekannt

4. Andere Erkrankungen des Kindes

Wurde jemals durch einen Arzt eine der folgenden Erkrankungen festgestellt?	<input type="checkbox"/> nein
ja nämlich:	
<input type="checkbox"/> Allergischer Schnupfen und/oder Augenentzündung	<input type="checkbox"/> wiederholt Mittelohrentzündung
<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> Epilepsie (so genannte Krampfanfälle)
<input type="checkbox"/> Neurodermitis	<input type="checkbox"/> Windpocken
<input type="checkbox"/> Nieren- und Harnwegserkrankungen	<input type="checkbox"/> ADS/ADHS
<input type="checkbox"/> unbekannt, ob eine der genannten Erkrankungen vorliegt	<input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung
	<input type="checkbox"/> Fieberkrämpfe
	<input type="checkbox"/> Hüfterkrankungen
	<input type="checkbox"/> andere (wenn ja, welche?) _____
Mein Kind hatte in den letzten 12 Monaten ...	
<input type="checkbox"/> mehr als 3 Bronchitiden	<input type="checkbox"/> eine Lungenentzündung
<input type="checkbox"/> mehr als 3 Ohrenentzündungen	<input type="checkbox"/> 5 und mehr Erkältungen.

5. Fragen zu Allergien						
Haben Eltern oder auch die Geschwister Beschwerden durch ...	Mutter/Vater			Geschwister (falls zutreffend)		
	ja	nein	weiß nicht	ja	nein	weiß nicht
→ Heuschnupfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Neurodermitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten ...				ja	nein	weiß nicht
gleichzeitig mit Niesanfällen eine laufende, verstopfte oder juckende Nase und/oder tränende Augen, obwohl es nicht erkältet war?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten ...				ja	nein	weiß nicht
beim Atmen pfeifende oder fiepende Atemgeräusche im Brustkorb?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
falls ja diese während oder nach körperlicher Anstrengung?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nachts einen trockenen Reizhusten, obwohl es keine Erkältung oder Bronchitis hatte?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 oder mehr Anfälle von pfeifender oder fiepender Atmung?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatte Ihr Kind jemals ...				ja	nein	weiß nicht
einen juckenden Hautausschlag in den Ellenbeugen oder Kniegelenken, an Hand- und Fußgelenken, im Gesicht oder am Hals, der stärker oder schwächer über mindestens 6 Monate andauerte?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Fragen zum Verhalten		
Kreuzen Sie bitte an, ob die unten aufgeführten Auffälligkeiten bei Ihrem Kind in den letzten 6 Monaten aufgetreten sind. Sollte Ihr Kind zur Zeit Medikamente erhalten, die sein Verhalten verändern, beantworten Sie bitte die Fragen so wie sich Ihr Kind verhält, wenn es keine Medikamente erhält.		
Mein Kind ...	stimmt	stimmt nicht
ist zu Hause beim Spielen sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist im Kindergarten sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist zu Hause (z. B. beim Essen) sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist im Kindergarten sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist zu Hause häufig ungehorsam (starrköpfig).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist im Kindergarten häufig ungehorsam (starrköpfig).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prügelt sich häufig mit anderen Kindern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wird von anderen Kindern häufig geärgert, gehänselt, verprügelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat Angst vor anderen Kindern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat in den letzten 3 Monaten nachts mehr als 2 mal pro Monat eingenässt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind im eigenen Zimmer einen Fernseher, eine Spielkonsole oder Vergleichbares? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wie lange sieht Ihr Kind durchschnittlich pro Tag Fernsehsendungen, DVD, Videofilme oder spielt mit der Spielkonsole, dem Smartphone? <input type="checkbox"/> weniger als eine Stunde _____ Stunden pro Tag (bitte Anzahl der Stunden eintragen)		

7. Fragen zu Unfällen				
Hatte Ihr Kind jemals einen Unfall, der ärztlich behandelt werden musste? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> unbekannt				
↪ Wenn ja, welche Verletzung? Bitte geben Sie in der Tabelle die Verletzung und den dazugehörigen Unfallort ein: _____				
Verletzung	zu Hause	in der Kita	im Straßenverkehr	anderer Ort
Gehirnerschütterung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schwere Schnittverletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergiftung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbrühung/Verbrennung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knochenbruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere schwere Verletzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es auf Grund der Verletzung noch Beschwerden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wenn ja, welche: _____				

8. Krankenhausbehandlung

8a. Wurde Ihr Kind jemals im Krankenhaus stationär behandelt?

nein

ja, wegen: eines Unfalls einer Krankheit: Wenn ja, welche? _____

8b. Wurde Ihr Kind jemals operiert (auch ambulant)?

nein

ja

Wenn ja, wegen: _____

Wann? _____

9. Derzeitige ärztliche Behandlung

9a. Mein Kind befindet bzw. befand sich wegen einer Erkrankung in den letzten 12 Monaten in ärztlicher Behandlung (nicht wegen Impfungen, Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen, "U-Untersuchungen")

nein

ja

Wenn ja: bitte weiter mit Frage 9b

9b. Mussten weitere Ärzte wegen einer besonderen Untersuchung oder Behandlung aufgesucht werden?

nein

ja

Wenn ja, wegen:

Wo?

im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ)

in Brandenburg

Berlin

Mecklenburg-Vorpommern

Sachsen

Sachsen-Anhalt

anderes Bundesland

in spezialfachärztlicher Einrichtung

in Brandenburg

Berlin

anderes Bundesland

in psychologischer oder kinder- u. jugendpsychiatrischer Einrichtung

10. Mein Kind befindet bzw. befand sich in den letzten 12 Monaten in Förderung:

nein

Wenn ja, Art der Förderung

in Frühförder- und Beratungsstellen

Ergotherapie

in einer Integrationskita

Physiotherapie/ Krankengymnastik

in Einzelintegration

Logopädie

Sonstiges

11. Medikamenteneinnahme

11a. Nimmt bzw. nahm Ihr Kind in den letzten 12 Monaten regelmäßig Medikamente ein?

nein

Wenn ja, Name des Medikaments _____

11b. Muss Ihr Kind Notfallarzneimittel mit sich führen?

nein

Wenn ja, Name des Medikaments _____

12. Mein Kind und ich waren im Netzwerk Gesunde Kinder

nein

weniger als 1 Jahr

mindestens 2 Jahre

mindestens 1 Jahr

3 Jahre

13. Möchten Sie uns noch etwas zur Entwicklung Ihres Kindes mitteilen (Besonderheiten)?

Stand: November 2017

Datum _____

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten _____

Landkreis Teltow-Fläming

Gesundheitsamt

SG Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Am Nuthefließ 2, 14943 Luckenwalde



E-Mail: KinderundJugendgesundheit@teltow-flaeming.de

Stand:

09.01.2019

Einwilligungserklärung in die Datenübermittlung Ihrer Impfdokumente an das Gesundheitsamt Teltow-Fläming zum individuellen Nachweis tatsächlich erfolgter Impfungen

I. Patienteninformation

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
sehr geehrte Erziehungsberechtigte,

die namensbezogene Übermittlung von Daten über durchgeführte Impfungen an das zuständige Gesundheitsamt, sowie deren Speicherung, dient dem Interesse des Einzelnen für den Nachweis tatsächlich erfolgter Impfungen in Ergänzung der persönlichen Impfdokumente, z.B. bei Verlust, sowie im Notfall (bspw.: Tetanusprophylaxe). Weiterhin sollen damit insbesondere unnötige Impfungen verhindert werden.

Mit der Gesamtheit der verfügbaren Impfdaten können Auswertungen zum Impfstand in der Bevölkerung getroffen und der ganzheitliche Impfschutz verbessert werden.
Die Auswertung aller Impfdaten erfolgt grundsätzlich anonymisiert, womit ein Bezug auf Personen nicht möglich ist.



II. Einwilligungserklärung

Ich willige/Wir willigen hiermit ein, dass die Impfdaten meines/unseres Kindes

Vorname und Nachname:
Geburtsdatum:
Wohnanschrift:

im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes Teltow-Fläming erhoben und dauerhaft gespeichert werden.

Mir/Uns ist bekannt, dass die Einwilligung zur Erhebung der personenbezogenen Daten und Impfdaten jederzeit widerrufen werden kann. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung von personenbezogenen Daten nicht berührt.

Die Datenschutzerklärung wurde mir überreicht

Ort und Datum:	Unterschrift Sorge-/erziehungsberechtigte Person:
----------------	---

(Sofern nur ein Berechtigter unterschreibt, versichert dieser zugleich mit Vollmacht und Zustimmung des anderen sein Einverständnis zu geben)

Landkreis Teltow-Fläming

Die Landrätin

Am Nuthefließ 2, 14943 Luckenwalde



Ansprechpartner: Herr Dipl.-Med. Lehmann
Telefon: 03371 608 3800
E-Mail: Ruediger.Lehmann@teltow-flaeming.de
Stand: 09.01.2019

Information über die Erhebung von personenbezogenen Daten – Datenschutzerklärung nach Artikel 13 EU-Datenschutzgrundverordnung

Im Zuge der kinderärztlichen Schuleingangsuntersuchungen - auf die alle Kinder und Jugendlichen in Deutschland einen gesetzlichen Anspruch haben – in den Räumlichkeiten des Landkreises Teltow-Fläming zur Früherkennung und Verhütung von Infektionskrankheiten §1 IfSG, sowie der Sicherstellung der gesunden und gleichberechtigten kindlichen Entwicklung §45 BbgSchulG werden einmalig folgende notwendige personenbezogene Daten von Ihrem Kind erhoben und dauerhaft gespeichert:

- vollständiger Name
- Geburtsdatum
- Geschlecht
- vollständige Anschrift
- Impfdaten
- Einwilligungserklärung

Regulär sind die personenbezogenen Daten dann zu löschen, wenn sie zur Erfüllung der amtlichen Aufgaben nicht mehr benötigt werden. Da es bei den Vorsorgeuntersuchungen stets um Mischdatensätze aus personenbezogenen und Falldaten geht, werden die personenbezogenen Daten genau dann gelöscht, wenn auch die zugehörigen medizinischen Falldaten gelöscht werden.

Medizinische Daten haben fallbezogene Aufbewahrungsfristen von bis zu 10 Jahren, um u.a. andere amtliche Aufgaben, wie das Betreuungscontrolling dauerhaft gewährleisten zu können. Weiterhin werden Ihre Daten gelöscht, sobald die Zuständigkeit des Gesundheitsamtes durch bspw. Vollendung des 18. Lebensjahres oder bei Umzug in einen anderen Landkreis endet.

Die Gesundheitsämter im Land Brandenburg sind nach § 7 BbgGDG verpflichtet, lediglich anonymisierte Untersuchungsdaten an das Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit zu den Vorsorgeuntersuchungen zu übermitteln. In keinem Fall werden hierbei personenbezogene Daten direkt an Dritte weiter gereicht oder veröffentlicht! Sie verbleiben ausschließlich im SG Kinder und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes Teltow-Fläming und unterliegen der Verantwortung des Landkreises Teltow-Fläming.

Behördlicher Datenschutzverantwortlicher ist Herr F. Capalbo. Sie erreichen ihn unter den folgenden Kontaktmöglichkeiten:

per Briefpost	Landkreis Teltow-Fläming Behördlicher Datenschutzbeauftragter Am Nuthefließ 2, 14943 Luckenwalde
---------------	--

Wir bitten Sie um Mitarbeit zur Gewährung der Vollständigkeit und Korrektheit Ihrer Daten und somit zur umgehenden selbstständigen Auskunft bei Veränderung durch bspw. Heirat oder Umzug.

Sie haben jederzeit das Recht auf Auskunft, Korrektur oder Einschränkung der Verarbeitung und das Recht auf Datenübertragbarkeit. In einzelnen Fällen können Sie außerdem auf das Recht der Löschung Ihrer Daten bestehen!

Sollten Sie der Meinung sein, dass Ihre Daten nicht datenschutzkonform behandelt werden, können Sie sich auch direkt bei der Datenschutz-Aufsichtsbehörde beschweren.

per Briefpost	Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und für das Recht auf Akteneinsicht Brandenburg Stahnsdorfer Damm 77, 14532 Kleinmachnow
---------------	---