Bitte füllen Sie diesen Fragebogen gewissenhaft und vollständig in *DRUCKBUCHSTABEN* aus! Die Datenerhebung ist nur für unsere Einrichtung. Sie wird NIEMANDEM zur Verfügung gestellt. Die Kollegen/Innen unterliegen alle der Schweigepflicht!!!!

Name des Kindes: _____

geboren am _____ Alter: _____

Anschrift PLZ: _____ Ort: _____ Ortsteil: _____

Straße: _____

Kind wohnhaft bei : Mutter ☐ Vater ☐ Wechsel-model ☐ Groß-eltern ☐ Plege-fam. ☐ sons. ☐

Welche Einrichtung/Schule besucht Ihr Kind? _____

Religion ohne ☐ ev ☐ kat ☐ andere _____

	Mutter /Siefm./Pflegem./Adoptivm.	**Vater/** Stiefv./ Pflegev./Adoptivv.	andere **i. d. Fam. lebende** Erwachsene/ Bezugspers. (**neuer** Lebenspartner, Großeltern)
Name:			
Vorname:			
geb. am:			
Beruf / Abschluß:			
z. Zeit tätig als:			
Familienstand:			
Partnersch./Ehe seit:(Jahr)			
Trennung / Scheidung: (Jahr)			
nationalität:			

bitte ankreuzen!

Kontakt z. Kind	ja ☐	nein ☐	ja ☐	nein ☐	ja ☐	nein ☐
Lohn/Gehalt	ja ☐	nein ☐	ja ☐	nein ☐	ja ☐	nein ☐
ALG	ALG I ☐	Bürger-geld ☐	ALG I ☐	Bürger-geld ☐	ALG I ☐	Bürger-geld ☐
Sorgerecht ?	ja ☐	nein ☐	ja ☐	nein ☐	ja ☐	nein ☐

Geschwister:

Kinder sortiert nach Alter, ältestes Kind zuerst	geboren	Alter	wohnhaft bei (bitte ankreuzen) Eltern	Mutter	Vater	Groß-eltern	eigene Whg.	sonst.
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								

anderer Wohnform:
(bitte beschreiben!)

_____

_____

Für die Richtigkeit der Daten ist die ausfüllende Person verantwortlich!

Kontaktdaten

Für Terminabsprachen innerhalb des Beratungsprozesses ist es erforderlich, aktuelle Daten zu erfassen. Bitte geben Sie diese Daten vollständig an!

Erziehungs- und Familienberatungsstelle
OT Bitterfeld
Diakonieverein e. V.
Kirchplatz 4
06749 Bitterfeld-Wolfen,

Ich / Wir stimme/en zu, dass die folgenden Mitarbeiterinnen der Beratungsstelle Frau Dipl. Psych. Zeller-Lehmann, Frau Dipl. Psych. Hempel, Frau Soz. Päd. Segeth und Frau Lampe, zwecks Absprachen, folgende Medien nutzen dürfen.(Person, die mich nicht anrufen darf streichen!) Auf dem Diensthandy wird meine Telefonnummer anonymisiert (Fallnummer) gespeichert. Mir ist bekannt dass die Daten von Dritten genutzt werden könnten. Die Nutzung kann jederzeit widerrufen werden.

Was darf die Beratungsstelle Sie kontaktieren?	**Bitte nur ankreuzen!**	
	ja	nein
Telefon		
Anrufbeantw.		
Mobilbox		
E-Mail / Postfach		
SMS		

Name: _____

Festnetznummer: _____

Mobilfunknummer: _____

E-Mail: _____

Name: _____

Festnetznummer: _____

Mobilfunknummer: _____

E-Mail: _____

_____ Sorgeberechtigter / Klient

_____ Datum

Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

Erziehungs- und Familienberatungsstelle
OT Bitterfeld
Diakonieverein e. V.
Kirchplatz 4
06749 Bitterfeld-Wolfen,
Tel.: 0 34 93/9 22 14 10

Pflicht für jede Beratungssituation, in der Daten festgehalten werden!

Ich bin damit einverstanden, dass die Erziehungs- und Familienberatungsstelle des Diakonieverein e.V. mit Sitz in 06749 Bitterfeld-Wolfen, Kirchplatz 4 folgende personenbezogene Daten im Rahmen der Beratungs- und Unterstützungsarbeit

* Name
* Kontaktdaten
* Geburtsdatum
* Geschlecht
* Nationalität
* Bildungsstand
* Erwerbsstand
* Familienkonstellation
* Sitzungen

verarbeiten darf.

Meine Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Bei der digitalen Erfassung durch die Erziehungs- und Familienberatung wird mein Name nicht bekannt gegeben, sondern eine Fallnummer verwendet. Die Institutionen, die für die Datenverarbeitung (KIBNET, Medicom) verantwortlich sind nutzen die anonymisierten Daten für statistische Zwecke. Mir ist bekannt, dass der Geldgeber, die Bundesregierung, die o.g. Daten wissenschaftlich und statistisch anonym – d.h. mein Name, Adresse und mein Geburtsdatum werden nicht eingegeben – auswertet. Ich habe jederzeit das Recht auf Auskunft zu den über mich verarbeitenden Daten. Diese Einwilligung kann ich jederzeit für die Zukunft zurückziehen. Ich habe die Einwilligung verstanden und noch offene Fragen mit dem Berater besprochen. Ich versichere, dass die angegebenen Daten der Richtigkeit entsprechen.

Der unterzeichnende Elternteil versichert mit seiner Unterschrift das Einverständnis aller Gesundheitsfürsorgeberechtigten!

Daten des Unterzeichners einsetzen!

Vorname _____ Nachname _____

Straße _____ PLZ/ Ort _____

Bitterfeld-Wolfen, _____ _____
Ort, Datum Unterschrift des jungen Menschen

Unterschrift der/ des Erziehungsberechtigten: _____

Schweigepflichts-entbindung

Erziehungs- und Familienberatungsstelle
OT Bitterfeld
Diakonieverein e. V.
Kirchplatz 4
06749 Bitterfeld-Wolfen,

Pflicht vor jeder Datenweitergabe an Dritte!

Hiermit stimme ich zu, dass die Erziehungs- und Familienberatungsstelle, Diakonieverein e.V. mit Sitz in 06749 Bitterfeld-Wolfen, Kirchplatz 4

vertreten durch: _____

Anliegen:

_____

_____

_____

an wie folgt genannte Person bzw. verantwortliche Stelle alle für das Anliegen erforderliche Informationen übermitteln **UND** erhalten darf. Die Übermittlung kann telefonisch, persönlich, in Briefform, per Email oder Fax erfolgen. (nicht zutreffendes durchstreichen!)

Name und Anschrift der Person/ verantwortlichen Stelle:

_____

_____

_____

Die Entbindung dient dazu, dass die Erziehungs- und Familienberatungsstelle mich bei meinen Problemen unterstützen kann. Diese Unterstützungsleistungen werden von mir freiwillig in Anspruch genommen, ich kann diese jederzeit beenden. Die Einrichtung ist in diesem Fall verpflichtet, sämtliche Daten über mich – auch die auf Grundlage dieser Einwilligungserklärung – zu löschen. Auch diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Name, Vorname	**Datum**	**Unterschrift**
Name, Vorname (Erziehungsberechtigter) (bei Kindern/ Jugendlichen bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres)	**Datum**	**Unterschrift**