



## Erstantrag

### Qualifikation Kinderschutz im Öffentlichen Gesundheitsdienst

Titel/Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

#### Berufsgruppe:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Arzt:Ärztin in Weiterbildung für _____ | <input type="checkbox"/> Sozialpädagoge:in/Sozialarbeiter:in  |
| <input type="checkbox"/> Facharzt:ärztin für _____              | <input type="checkbox"/> Sozialmedizinische:r Fachangestellte:r/<br>Sozialmedizinische:r Assistent:in |
| <input type="checkbox"/> Zahnarzt:ärztin                        | <input type="checkbox"/> Zahn-/Medizinische:r Fachangestellte:r                                       |
| <input type="checkbox"/> Psycholog:in                           | <input type="checkbox"/> sonstige: _____  |
| <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpfleger:in     |   |
| <input type="checkbox"/> Geburtshelfer:in                       |   |

#### Anschrift zur Versendung des Zertifikates:

Name: \_\_\_\_\_  
Straße/Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

#### Rechnungsadresse, wenn abweichend zu vorheriger Adresse:

Name: \_\_\_\_\_  
Straße/Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

#### Voraussetzungen:

- Nachweis über eine abgeschlossene Ausbildung bzw. ein abgeschlossenes Studium (Abschlusszeugnisse)
- Approbation (Zahn-/Ärzt:innen, Psycholog:innen & Psychotherapeut:innen)
- Nachweis der ganztägigen Berufserfahrung für min. 24 Monate (bzw. Äquivalent in Teilzeit) mit Patient:innen bzw. Klient:innen in Klinik, Praxis oder anderen Einrichtungen
- Zusätzlich Nachweis einer ganztägigen Tätigkeit für min. 12 Monate (bzw. Äquivalent in Teilzeit) im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst und/oder angrenzenden Fachbereichen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in deren Versorgungsauftrag regelhaft Kinder, (werdende) Eltern oder Familien fallen, innerhalb der letzten 3 Jahre vor Antragstellung
- Nachweis der Mitarbeit an mindestens fünf Kinderschutzfällen innerhalb der letzten 3 Jahre
- Nachweis der Teilnahme an allen Online-Modulen der AÖGW innerhalb der letzten 3 Jahre
- Nachweis der Teilnahme an einer Fallbesprechungsrunde innerhalb der letzten 3 Jahre
- Nachweis der Teilnahme am Basiskurs des Zertifikatslehrgangs der DGKiM innerhalb der letzten 3 Jahre

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller:in

\* Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie den Datenschutz-Hinweis gelesen und akzeptiert haben.

# Bestätigung der einschlägigen Berufserfahrung

## für den Antrag Qualifikation Kinderschutz im ÖGD

Hiermit wird bestätigt, dass

Frau / Herr \_\_\_\_\_

eine Tätigkeit für min. 12 Monate in Vollzeit (bzw. \_\_\_\_\_ Monate in Teilzeit von \_\_\_\_\_ %) von (Datum) \_\_\_\_\_ bis (Datum bzw. laufend) \_\_\_\_\_

im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst einer Einrichtung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bzw.

im \_\_\_\_\_

ausgeführt hat.

In den Versorgungsauftrag der Einrichtung fallen regelmäßig Kinder, (werdende) Eltern oder Familien.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Einrichtungsleitung

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname der Einrichtungsleitung (Stempel)

# Bestätigung Mitarbeit Kinderschutzfälle

für den Antrag Qualifikation Kinderschutz im ÖGD

Hiermit wird bestätigt, dass

Frau / Herr \_\_\_\_\_

Im Zeitraum von (Datum) \_\_\_\_\_ bis (Datum) \_\_\_\_\_ an mindestens fünf Kinderschutzfällen mitgearbeitet hat.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Einrichtungsleitung

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname der Einrichtungsleitung (Stempel)

## **Antrag Zertifikat Kinderschutz im Öffentlichen Gesundheitsdienst (DSGVO)**

Gemäß der europaweit geltenden Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sind wir ab dem 25.05.2018 verpflichtet, Ihnen Informationen im Zusammenhang mit der Verarbeitung Ihrer Daten bei der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen zu geben. Dieser Verpflichtung kommen wir gerne mit der Überreichung dieses Informationsblattes nach.

### **I.KONTAKTDATEN / VERANTWORTLICHER NACH DSGVO / BEHÖRDLICHER DATENSCHUTZBEAUFTRAGTER:**

Thorsten Bischoff  
Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf  
Kanzlerstr. 4  
40472 Düsseldorf  
Tel.: +49 (0) 211 - 310 96 42  
[datenschutz\(@\)akademie-oegw.de](mailto:datenschutz(@)akademie-oegw.de)

### **II.ZWECK DER DATENVERARBEITUNG**

Die Datenverarbeitung erfolgt, um Ihren Antrag auf Zertifizierung Kinderschutz im Öffentlichen Gesundheitsdienst bearbeiten zu können. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit Sie uns diese zugänglich gemacht haben oder noch zur Verfügung stellen werden. Die Erhebung von Daten bei Dritten erfolgt nur, soweit Sie uns hierzu Ihre Einwilligung geben.

### **III.RECHTSGRUNDLAGE DER DATENVERARBEITUNG**

Die rechtliche Befugnis für die Datenverarbeitung ergibt sich aus: Artikel 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c und e, Abs. 2 und 3 DSGVO.

### **IV.EMPFÄNGER DER PERSONENBEZOGENEN DATEN**

Personenbezogene Daten übermitteln wir an Dritte nur, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

### **V.DAUER DER DATENSPEICHERUNG**

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Bearbeitung Ihres Antrages oder es gesetzliche Vorgaben vorsehen (5 Jahre für das Zertifikat).

### **VI.IHRE RECHTE**

Sie haben das Recht, Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus stehen Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung und das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Sofern Sie eine Einwilligung erteilt haben, so haben Sie das Recht, diese Einwilligung für eine zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben auch das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Diese ist:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf, E-Mail: [Poststelle@ldi-nrw.de](mailto:Poststelle@ldi-nrw.de), Tel.: 0211/38424-0