



## Region Hannover

Region Hannover · Postfach 147 · 30001 Hannover

Region Hannover  
Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin  
Peiner Str. 4  
30519 Hannover

### Der Regionspräsident

Service/Team	Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin
Dienstgebäude	Peiner Str. 4 30519 Hannover
AnsprechpartnerIn	Frau Ehlert
Mein Zeichen	51.15
Durchwahl	(0511) 6 16-2249
Telefax	(0511) 6 16-34185
E-Mail	regina.ehlert @region-hannover.de
Internet	www.hannover.de

### Erziehungsberechtigte/r 1:

Name:

---

Vorname:

---

Straße:

---

PLZ/Wohnort:

---

Telefon:

---

### Erziehungsberechtigte/r 2:

Name:

---

Vorname:

---

Straße:

---

PLZ/Wohnort:

---

Telefon:

---

#### Sprechzeiten

Nach Vereinbarung

#### Station Peiner Straße

Bus 123, 128, 134, 366  
Stadtbahn 1, 2, 8, 18

#### Bankverbindungen

Sparkasse Hannover  
IBAN: DE36 2505 0180 0000 0184 65  
BIC: SPKHDE2H

Postbank Hannover  
IBAN: DE51 2501 0030 0001 2593 06  
BIC: PBNKDEFF



# Sprachstandsfeststellung - zur Vorlage bei der Schulärztin/dem Schularzt

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

Kita: \_\_\_\_\_  I-Platz  heilpädagogische Frühförderung

Sprachstandsfeststellung erfolgte anhand: \_\_\_\_\_

An welcher Schule ist/wird das Kind angemeldet? \_\_\_\_\_

Betreuungszeit:  <4h  4-6 h  >6 h in der Kita seit: \_\_\_\_\_

Besucht das Kind regelmäßig den Kindergarten?

ja, regelmäßig  nein, fehlt im Schnitt \_\_\_\_\_ Tage im Monat

## Sprachhintergrund der Eltern:

Erziehungsberechtigte/r 1: Erstsprache: \_\_\_\_\_ Zweitsprache: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte/r 2: Erstsprache: \_\_\_\_\_ Zweitsprache: \_\_\_\_\_

Das Kind...	stimmt	stimmt nicht	nicht beurteilbar/ Kommentar
hat ein ausreichendes Verständnis der deutschen Sprache.			
hat soweit beobachtbar ein ausreichendes Verständnis der Muttersprache.			
ist sprachlich aktiv.			
hat einen angemessenen aktiven Wortschatz.			
zeigt keine sonstigen sprachlichen Auffälligkeiten, wie z.B. Lispeln, Stottern, Grammatikprobleme...			
ist in logopädischer Behandlung.			
nimmt an Sprachförderprogrammen teil.			Und zwar:

Weitere Bemerkungen/Fragen zur Entwicklung des Kindes:

---



---

## Vorstellung des Kindes bei der Schulärztin/dem Schularzt zur Sprachförderuntersuchung?

ja  nein

Wünsche/Empfehlungen seitens der Kita:

\_\_\_\_\_  
 Mit der Weiterleitung dieser Vorlage an die Schulärztinnen des Teams Sozialpädiatrie und Jugendmedizin der Region Hannover, und einer schriftlichen Einladung zur Untersuchung meines Kindes bin ich einverstanden.

---

Datum, Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

# Ergänzende Informationen DSGVO

## Gesetzliche Grundlagen

### NGöGD § 5 Kinder- und Jugendgesundheit

(1) <sup>1</sup> Die Landkreise und kreisfreien Städte schützen und fördern besonders die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. <sup>2</sup> Dazu sollen sie insbesondere gemeinsam mit Tageseinrichtungen für Kinder und Schulen zielgruppen- und lebensraumbezogen auf die Prävention und auf eine gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen hinwirken.

### NGöGD § 8 Gesundheitsberichterstattung

(1) <sup>1</sup> Die Gesundheitsberichterstattung dient der Planung und Durchführung von Maßnahmen, die die Gesundheit fördern und Krankheiten verhüten. <sup>2</sup> In den Berichten werden Daten und Informationen zielgruppenbezogen und geschlechterspezifisch dargestellt und bewertet.

(2) <sup>1</sup> Die Landkreise und kreisfreien Städte beobachten, beschreiben und bewerten die gesundheitlichen Verhältnisse ihrer Bevölkerung, insbesondere die Gesundheitsrisiken, den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten.

<sup>2</sup> Dazu sammeln sie nicht personenbezogene und anonymisierte Daten, werten diese nach epidemiologischen Gesichtspunkten aus und führen sie in Fachberichten zusammen (kommunale Gesundheitsberichterstattung).

## Widerruf der Einwilligung:

Sie haben das Recht, die Einwilligung in die Untersuchung ihres Kindes jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Wenn Sie die Einwilligung widerrufen möchten, richten Sie den schriftlichen Widerruf bitte an folgende Adresse:

*Region Hannover, Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, Hildesheimer Straße 17, 30169 Hannover*

Bitte geben Sie – neben Namen und Geburtsdatum Ihres Kindes – auch den Namen der Kindertagesstätte oder Schule an, die Ihr Kind besucht. Bitte beachten Sie zudem, dass uns der Widerruf rechtzeitig vor der Untersuchung erreichen muss, damit wir ihn berücksichtigen können.

## Transparenz- und Informationspflichten

### Verantwortlicher für die Datenverarbeitung:

Region Hannover, Hildesheimer Str. 20, 30169 Hannover

Tel.: 0511 - 616 - 0

E-Mail: [info@region-hannover.de](mailto:info@region-hannover.de)

### Datenschutzbeauftragter:

Der Datenschutzbeauftragte der Region Hannover

Hildesheimer Str. 20, 30169 Hannover

E-Mail: [datenschutz@region-hannover.de](mailto:datenschutz@region-hannover.de)

### **Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung:**

Die auf der oben genannten gesetzlichen Grundlage erhobenen Daten werden auf Papier und/oder elektronisch erfasst und gespeichert (§ 630f BGB – Patientenakte). Sie unterliegen sowohl der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB) als auch den derzeit geltenden Datenschutzbestimmungen (Niedersächsisches Datenschutzgesetz (NDSG) sowie Artikel 6 und 9 DSGVO). Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter [www.lfd.niedersachsen.de](http://www.lfd.niedersachsen.de).

### **Dauer der Speicherung:**

Für die Daten gilt die gesetzlich vorgeschriebene Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren (BGB § 630f). Nach Ablauf dieser Frist werden die Daten gelöscht.

### **Betroffenenrechte:**

Sie können unter bestimmten rechtlichen Voraussetzungen gegenüber der Region Hannover folgende Rechte geltend machen:

- Recht auf Auskunft (Artikel 15 DSGVO),
- Recht auf Berichtigung (Artikel 16 DSGVO),
- Recht auf Löschung (Artikel 17 DSGVO),
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Artikel 18 DSGVO),
- Recht auf Datenübertragbarkeit (Artikel 20 DSGVO),
- Widerspruchsrecht gegen die weitere Verarbeitung (Artikel 21 DSGVO)
- Widerruf der Einwilligung (s. oben)
- Beschwerderecht: Sie haben ferner das Recht, sich über eine nicht rechtmäßige Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen, Prinzenstr. 5, 30159 Hannover,  
Tel.: 0511 - 120 4500 / Fax: 0511 - 120 4599  
E-Mail: [poststelle@lfd.niedersachsen.de](mailto:poststelle@lfd.niedersachsen.de) / Webseite: [www.lfd.niedersachsen.de](http://www.lfd.niedersachsen.de)