

## Erstantrag Zertifikat Kinderschutzmediziner:in DGKiM

Titel/ Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Email dienstlich/privat:

Tätigkeit  Arzt/Ärztin in Weiterbildung für \_\_\_\_\_

Facharzt/Ärztin für \_\_\_\_\_

Anschrift zur Versendung des Zertifikates:

Name: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ Ort: \_\_\_\_\_

Rechnungsadresse, wenn abweichend zu vorheriger Adresse:

Name: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ Ort: \_\_\_\_\_

Voraussetzungen:

- Ärztliche Approbation (Kopie bitte anfügen)
- DGKiM-Mitgliedschaft seit: \_\_\_\_\_
- Nachweis einer klinischen Tätigkeit in einer Einrichtung mit spezieller Kenntnis auf dem Gebiet des medizinischen Kinderschutzes (s. Seite 2)

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Tätigkeit seit: \_\_\_\_\_

- Nachweis von 10 Kinderschutzfällen in einer Einrichtung mit spezieller Kenntnis auf dem Gebiet des medizinischen Kinderschutzes (s. Seite 3)
- Teilnahme am DGKiM Zertifikatslehrgang innerhalb der letzten 5 Jahre (Teilnahmebestätigungen mitsenden):

DGKiM-Basiskurs Kinderschutzmedizin im Jahr: \_\_\_\_\_

DGKiM-Aufbaukurs Kinderschutzmedizin im Jahr: \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller:in

**Infos für das weitere Vorgehen:** Nach Prüfung Ihrer Unterlagen erhalten Sie einen Termin für das Fachgespräch per eMail. Nach Abnahme des Fachgespräches geht Ihnen eine Rechnung zu und nach erfolgter Überweisung senden geht Ihnen das Zertifikat per Post zu.

## Bestätigung der Kinderschutz­tätigkeit

für den Antrag Zertifikat Kinderschutzmediziner:in DGKiM

Hiermit wird bestätigt, dass

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

- eine klinische Tätigkeit für 6 Monate (Vollzeit)
- eine klinische Tätigkeit für 12 Monate (Teilzeit)

innerhalb der letzten drei Jahre vor Antragsstellung ausgeübt hat. Die Einrichtung verfügt über spezielle Kenntnisse auf dem Gebiet des medizinischen Kinderschutzes.

Ort, Datum

Unterschrift der Einrichtungsleitung

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

## Bestätigung Mitarbeit Kinderschutzfälle

für den Antrag Zertifikat Kinderschutzmediziner:in DGKiM

Hiermit wird bestätigt, dass

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

an mindestens 10 Kinderschutzfällen mitgearbeitet hat.

Ort, Datum

Unterschrift der Einrichtungsleitung

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

## **Antrag Zertifikat Kinderschutzmediziner:in DGKiM (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 DGKiM zu geben. Dieser Verpflichtung kommen wir gerne mit der Überreichung dieses Informationsblattes nach.

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

DGKiM e.V., c/o Abteilung für Kinderschutz, Vestische Kinder-und Jugendklinik Datteln  
Dr. Friedrich-Steiner Straße 5  
45711 Datteln  
Tel.: 0261-97321095  
info@dgkim.de

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

Die Datenverarbeitung erfolgt, um Ihren Antrag auf Zertifizierung Kinderschutzmediziner:in DGKiM 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, Tel.: 0211/38424-0.