



Ein Projekt des
**Sozialdienst katholischer Frauen e.V.
Cloppenburg**

BABY LOTSE

für den Landkreis Cloppenburg

Sie sind schwanger und möchten während der Schwangerschaft und nach der Geburt Ihres Kindes gut informiert und versorgt in den Alltag gehen? In dieser Zeit steht Ihnen die Babylotsin vom SkF Cloppenburg hilfreich und unterstützend zur Seite!

Wir informieren Sie **kostenlos** und **unverbindlich** über Angebote im Landkreis Cloppenburg und lotsen Sie durch die Schwangerschaft und die erste Zeit mit Ihrem Baby. Füllen Sie den nachstehenden Fragebogen aus und geben Sie diesen im beiliegenden Umschlag in Ihrer Frauenarztpraxis wieder ab.

Die Mitarbeiter*innen werden Ihren Fragebogen umgehend an uns weiterleiten. Oder **scannen Sie den QR-Code** und füllen unser



Kontaktformular online aus. Unsere Babylotsin wird sich mit Ihnen in Verbindung setzen! Ihre Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Babylotse@skf-cloppenburg.de



Sie haben Fragen zu Anträgen oder zum Umgang mit Behörden?

Sie wünschen Infos zu finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten?

Sie suchen Kontakte zu anderen (werdenden) Eltern?

Sie sind auf der Suche nach einer Hebamme?

Sie haben Fragen zur Versorgung eines Neugeborenen

Sie wünschen ein vertrauensvolles Gespräch?



Ein Projekt des
**Sozialdienst katholischer Frauen e.V.
Cloppenburg**

Kontakt: 04471 958 2890
babylotse@skf-cloppenburg.de

MEINE PERSÖNLICHEN DATEN

Name			
Vorname			
Straße, Hausnr.			
PLZ, Ort			
Geburtsdatum		Sprache	
Erreichbar unter?	Tel.	Mobil	E-Mail
Meine Frauenarztpraxis			

FRAGEN AN DIE WERDENDE MUTTER

Wann ist Ihr voraussichtlicher Entbindungstermin?		
Haben Sie bereits Kinder?	Anzahl	Alter
Haben Sie allgemeine Fragen zur Schwangerschaft ...? (z.B. Mutterschutz, Elterngeld, Kindergeld, Hebammensuche, Kursangebote...)		

ICH HABE GESPRÄCHSBEDARF ZUM THEMA...

... Schwangerschaft und Geburt (z.B. ungeplante Schwangerschaft, Komplikationen in der Schwangerschaft oder bei Geburt, Frühgeburt, Fehlgeburt...)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
... Alltagsbewältigung (z.B. Erkrankung, Erschöpfung, Einsamkeit, Abhängigkeitserkrankung...)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
... Partnerschaft (z.B. Konflikte, Trennung, Gewalt...)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
... Lebenssituation (z.B. Arbeitslosigkeit, fehlende Krankenversicherung, Schulden, Wohnsituation, Alleinerziehend, fehlende Sprachkenntnisse...)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
... Kinder und Erziehung (fehlende Unterstützung durch Freunde und Familie, Zwillinge/Mehrlinge, Behinderung, Erkrankung des Kindes...)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
... sonstige Anliegen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Wenn Sie einen Bedarf angegeben haben, wird die Babylotsin Kontakt mit Ihnen aufnehmen.

Ort, Datum

Unterschrift

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG KONTAKTAUFNAHME

Einwilligung zur Datenverarbeitung und zur Aufbewahrung von Unterlagen

Mir ist bekannt, dass meine persönlichen Daten für statistische Zwecke verarbeitet werden. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine für den jeweiligen Zweck – z.B. Überleitungen an soziale Dienste - erforderlichen persönlichen Daten ggf. auch zu meiner gesundheitlichen und psychosozialen Situation und zu meiner ethnischen Herkunft verarbeitet und gespeichert werden.

Soweit es für die Vertretung gegenüber Dritten oder zur Begleitung in behördlichen Verfahren erforderlich ist, werden meine Daten mit Erlaubnis an diese Dritten (z.B. Behörden) übermittelt.

Zudem werden meine im Kontakt mit diesen Dritten erhobenen persönlichen Daten seitens des SkF e.V. Vechta verarbeitet und gespeichert.

DIESE EINWILLIGUNG ERTEILE ICH FREIWILLIG.

Mir ist bekannt, dass ohne meine Einwilligung nur eine eingeschränkte Beratung, aber keine Tätigkeit gegenüber Dritten erfolgen kann.

MEINE RECHTE

Mir ist bekannt, dass ich das Recht habe auf Auskunft über meine verarbeiteten Daten, auf Berichtigung, Löschung und auf die Einschränkung der Verarbeitung der Daten sowie das Recht auf die Übertragung der Daten an mich oder einen Dritten.

Ort, Datum

MEIN WIDERRUFSRECHT

Ich weiß, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Meine Rechte kann ich gegenüber dem Datenschutzbeauftragten geltend machen.

AKTENVERNICHTUNG UND DATENLÖSCHUNG

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Beratungsstelle meine Unterlagen nach Ende oder Abbruch der Beratung und Erstellung der Jahresstatistik vernichten wird und meine Daten gelöscht werden, soweit sie nicht zu Abrechnungs-, Prüfungs- oder steuerlichen Zwecken oder zur Wahrung der berechtigten Interessen der Beratungsstelle länger aufzubewahren bzw. zu speichern sind.

Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen kann, indem ich dem Sozialdienst kath. Frauen postalisch (Bürgermeister-Heukamp-Straße 21, 49661 Cloppenburg) oder per E-Mail (info@skf-cloppenburg.de) meinen Widerruf gegen die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten mitteile.

Unterschrift