

**Anmeldung zur Teilnahme an einer  
Berufsorientierungsmaßnahme** nach § 48 SGB III  
und Erklärung zur Übermittlung von persönlichen Daten  
an die Agentur für Arbeit



**Maßnahmeträger:in:** Bottrop & Oberhausen

**Durchführende Institution** (falls abweichend): Hochschule Ruhr West

**Titel der Maßnahme:** B1 - MINT hautnah! Technology4Health

**Zuständige Agentur für Arbeit:** Oberhausen

Bitte vollständig ausfüllen und zutreffendes bitte ankreuzen:		
Name, Vorname	Realschule <input type="checkbox"/>	Klasse 7 <input type="checkbox"/>
Straße, Hausnummer	Hauptschule <input type="checkbox"/>	Klasse 8 <input type="checkbox"/>
	Gymnasium <input type="checkbox"/>	Klasse 9 <input type="checkbox"/>
Postleitzahl, Wohnort	Gesamtschule <input type="checkbox"/>	Klasse 10 <input type="checkbox"/>
	Gemeinschaftsschule <input type="checkbox"/>	Jahrgang 11 <input type="checkbox"/>
Geschlecht männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>	Sekundarschule <input type="checkbox"/>	Jahrgang 12 <input type="checkbox"/>
	Förderschule <input type="checkbox"/>	Jahrgang 13 <input type="checkbox"/>
		Name, PLZ und Ort der Schule

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, an der oben genannten Maßnahme der vertieften Berufs- und Studienorientierung (zdi-BSO-MINT) – gefördert von der Bundesagentur für Arbeit (BA) und dem Ministerium für Kultur und Wissenschaft NRW (MKW) – teilzunehmen.

Zur Prüfung der zweck- und ordnungsgemäßen Verwendung der, müssen **die personenbezogenen Daten** der Teilnehmenden erfasst und von den oben genannten Maßnahmetragenden **an die BA weitergegeben werden**. Die Maßnahmetragenden dürfen meine personenbezogenen Daten nur für den genannten Zweck an die BA übermitteln und müssen dabei die Bestimmungen zum Schutz der Sozialdaten beachten.

Weicht die durchführende Institution von den Maßnahmetragenden ab, wird die Anmeldung von der durchführenden Institution nach Abschluss der geförderten Maßnahme zusammen mit der Teilnehmendenliste an die oben genannten Maßnahmetragenden weitergeleitet. Bei der durchführenden Institution verbleiben nach Beendigung der Maßnahme **keine** personenbezogenen Daten.

Zur Qualitätssicherung und Maßnahmeverbesserung werden **anonymisierte** Fragebögen eingesetzt, die keinerlei Rückschlüsse auf einzelne Personen zulassen. Die Auswertung übernimmt die vom MKW bestimmte zdi-Landesgeschäftsstelle oder von ihr bestimmte Dritte.

Mir ist bewusst, dass ich diese Maßnahme **nicht** im Rahmen von KAoA **als Berufsfelderkundung melden bzw. angeben** darf.

Zwei Jahre nach Beendigung der bezeichneten Maßnahme sind die Sozialdaten von den Maßnahmetragenden zu vernichten: Dies beinhaltet neben der Anmeldeerklärung auch die Teilnehmendenliste.

Ich habe eine Kopie dieser Anmeldung erhalten, ein Foto oder einen Scan hiervon erstellt.

Ort, Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer:in

\_\_\_\_\_  
Bei Minderjährigen: Unterschrift der Eltern/gesetzlichen Vertretung

# Einwilligung Foto- und Filmaufnahmen

## Kinder & Jugendliche



**zdi** Zukunft durch  
Innovation  
Nordrhein-Westfalen

**Datum/Titel der Veranstaltung:**  
**18.07.2024 / Technology4Health**

Name des Kindes/Jugendlichen (in Druckbuchstaben):  
\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Name der gesetzlichen Vertreter\*innen: \_\_\_\_\_

Wer in Zukunft weitere Informationen rund um zdi und die HRW erhalten möchte, kann hier seine E-Mail-Adresse eintragen: \_\_\_\_\_

**Die Gemeinschaftsoffensive „Zukunft durch Innovation.NRW“ (zdi.NRW)** wird vom Land NRW begleitet und fördert Kinder und Jugendliche mit praxisnahen Angeboten wie Kursen und Workshops im Bereich Mathematik, Informatik, Naturwissenschaften und Technik, kurz MINT.

Für die **Pressearbeit** von zdi und der Hochschule Ruhr West (HRW) werden bei der oben genannten Veranstaltung Fotos und Filmaufnahmen von der genannten Person hergestellt. Die Person kann auch interviewt und gefilmt werden. Die Fotos und Filmaufnahmen sollen genutzt werden, um über die Angebote von zdi und der HRW zu informieren, beispielsweise in Flyern und Broschüren sowie im Internet, Intranet, HRW Magazine, Flyer, Anzeigen, Pressebeiträgen in den Social Media Kanälen wie bzw. auf Facebook, Instagram oder YouTube und sonstigen Publikationen.

Das **Bild- und Filmmaterial** des Kindes/Jugendlichen darf unentgeltlich gespeichert, bearbeitet und zur mehrfachen Veröffentlichung verwendet werden für:

- die Webseiten und Newsletter von zdi, der HRW und seinen Partnern (z.B. [www.zdi-portal.de](http://www.zdi-portal.de) (landesweit), Webseiten der regionalen zdi-Netzwerke und der Landesregierung NRW, kooperierende Unternehmen) mit einem Bericht über das Projekt.
- Pressearbeit: Fotos werden an Zeitungen und andere Medien wie Online-Auftritte von Zeitungen weitergegeben, die über das Projekt berichten.
- Flyer und Werbematerialien von zdi, der HRW und Partnern (z. B.: Info-Broschüren, Plakate)
- in Social Media-Kanälen von zdi, der HRW und Partnern (z.B. Facebook, YouTube, Instagram, Twitter). [Hinweis: Es ist möglich, dass andere Nutzer während des Veröffentlichungszeitraums private Kopien von Inhalten anfertigen oder Inhalte teilen.]

### Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die o. g. Aufnahmen zu den genannten Zwecken verwendet werden. Mir ist bekannt, dass die Einwilligung vollkommen freiwillig ist. Wird sie nicht erteilt, entstehen dadurch keine Nachteile. Zudem habe ich das Recht, meine einmal erteilte Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kindes/Jugendlichen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (beide gesetzlichen Vertreter\*innen)

Hinweis: Die Einwilligung muss bei Kindern/Jugendlichen unter 16 Jahren sowohl von den gesetzlichen Vertreter\*innen als auch von dem Kind/Jugendlichen unterschrieben werden. Die Infopflichten nach Artikel 13 & 14 DSGVO entnehmen Sie bitte folgendem Link: <https://www.hochschule-ruhr-west.de/metanavigation/datenschutzerklaerung/>

# Probandenaufklärung

---

Sehr geehrte Schüler und Schülerinnen,

bitte lesen Sie sich die folgenden Informationen zunächst sorgfältig durch und entscheiden Sie dann über Ihre Teilnahme oder auch Nichtteilnahme an dem MINT-Workshop „Technology4Health“. Beides, Ihre *Teilnahme oder Nichtteilnahme stehen Ihnen frei*. Sie können Ihre freiwillige Teilnahme *jederzeit und ohne Angabe von Gründen* abbrechen, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen. Auch die Workshopleitung kann die Entscheidung treffen, den Workshop abzubrechen oder Ihre Teilnahme vorzeitig zu beenden, wenn dies (etwa aus medizinischen Gründen) angezeigt sein sollte.

## 1. Durchführung der Messungen

Die medizinischen Messungen führen Ihr eigenständig an sich oder in kleinen Gruppen unter Aufsicht durch.

## 2. Untersuchungsmethoden

- Messung des Lungenvolumens mit einem Spirometer
- Messung des Blutdrucks mit einem Oberarm-Blutdruckmessgerät und einem manuellem Blutdruckmessgerät sowie einem Stethoskop
- Messung des Ruhe- und Belastungspuls mit dem Cobra4 Sensor-Unit Pulse Messgerät
- Messung der Sauerstoffsättigung mit einem Pulsoximeter
- Messung des Hautwiderstandes mit dem Cobra4 Sensor-Unit Temperatur Messgerät

## 3. Ausschlusskriterien

Falls Sie nicht ordnungsgemäß mit den medizinischen Geräten umgehen und damit eventuell sich und andere gefährden, werden Sie von dem Workshop ausgeschlossen.

## 4. Abbruchkriterien

- Neu auftretende bzw. ernsthafte Erkrankungen
- Jeder Zeit auf Wunsch des Schülers
- Übelkeit, Blassheit, starkes Schwitzen, Schwindel, körperliche Missemmpfinden

## 5. Risiken

Bei der Blutdruckmessung mit dem Oberarmmessgerät kann es zu einem unangenehmen Gefühl am Oberarm kommen.

## 7. Datenschutz

Datenschutz und Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht:

Alle während der Untersuchung gewonnenen Daten und Befunde werden entsprechend der Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht behandelt. Die Daten, die während dieser Studie erhoben werden, werden in pseudonymisierter Form gespeichert bzw. niedergeschrieben. In den Unterlagen taucht der Name des Probanden nicht auf, somit ist eine Identifizierung durch Außenstehende nicht möglich. Die ärztliche Schweigepflicht bleibt in je-dem Fall gewahrt.

## 8. Versicherungsschutz

Sie sind während der Teilnahme an dem Workshop über die Hochschule versichert.

### Ihre Ansprechpartner für Rückfragen:

mint4u-Team

Insa Larson oder Charlotte Seifert

Tel.: 0208 / 88254-391

mint4u@hs-ruhrwest.de

Ich, \_\_\_\_\_, habe die Probandenaufklärung zum „MINT-Workshop „Technology4Health“ aufmerksam gelesen und vollständig verstanden. Bei aufkommenden Fragen werde ich mich an die Ansprechpartner wenden oder habe dies bereits getan.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Einverständniserklärung für den mint4u-Workshop „Technology4Health“

---

Sehr geehrte Eltern und Schüler/Schülerinnen,

Im Rahmen des mint4u Workshops „Technology4Health“ werden medizinische Themen behandelt und dazu passende Messungen von den Schüler/Schülerinnen durchgeführt.

Diese folgenden medizinischen Messungen führen die Schüler/Schülerinnen eigenständig an sich oder in kleinen Gruppen unter Aufsicht durch:

- Messung des Lungenvolumens mit einem Spirometer
- Messung des Blutdrucks mit einem Oberarm-Blutdruckmessgerät und einem manuellem Blutdruckmessgerät sowie einem Stethoskop
- Messung des Ruhe- und Belastungspuls mit dem Cobra4 Sensor-Unit Pulse Messgerät
- Messung der Sauerstoffsättigung mit einem Pulsoximeter
- Messung des Hautwiderstandes mit dem Cobra4 Sensor-Unit Temperatur Messgerät

### **Datenschutz und Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht:**

Alle während der Untersuchung gewonnenen Daten und Befunde werden entsprechend der Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht behandelt. Die Daten, die während dieser Studie erhoben werden, werden in pseudonymisierter Form gespeichert bzw. niedergeschrieben. In den Unterlagen taucht der Name des Probanden nicht auf, somit ist eine Identifizierung durch Außenstehende nicht möglich. Die ärztliche Schweigepflicht bleibt in je-dem Fall gewahrt.

Viele Grüße Ihr mint4u Team der Hochschule Ruhr West

---

Ich bin damit einverstanden, dass meine Tochter / mein Sohn \_\_\_\_\_ an dem MINT-Workshop „Technology4Health“ teilnimmt und die oben genannten Messungen mitmachen darf.

- Meine Tochter / mein Sohn hat eine Krankheit die für die Messungen relevant ist. Diese lautet \_\_\_\_\_
- Mein Tochter / mein Sohn darf die Messung \_\_\_\_\_ nicht mitmachen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten