

Einverständniserklärung

Der / Die Patient/in oder Heimbewohner/in
hat sein / ihr Einverständnis gegeben, dass der / die Schüler/in

bei ihm / ihr die praktische Leistungskontrolle am
absolviert.

Der / Die Patient/in oder Heimbewohner/in wurde informiert, dass mindestens
zwei bis drei Mitglieder des Ausbildungsbetriebes und der Höheren Berufsfachschule
für Altenpflege bzw. der Berufsfachschule für Altenpflegehilfe teilnehmen.

Die verwendeten personenbezogenen Daten werden ausschließlich für den oben
genannten Zweck erhoben und verarbeitet.

Diese Einverständniserklärung ist freiwillig und kann jederzeit, mündlich oder
schriftlich, ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Ort/Datum

Unterschrift des/der Patienten/in/Heimbewohner/in/Betreuer/in