

Einverständniserklärung

Der/Die Patient/in oder
Heimbewohner/in _____ hat sein/ ihr
Einverständnis gegeben, dass die/der Schülerin/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 des Innova Sozialwerk e.V. 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.

Datum
Heimbewohner/ in / Betreuer/in

Unterschrift des/ der Patienten/in /

Nichtzutreffendes streichen