

Einverständniserklärung

zur Elternsprechwoche vom 22.02. bis 26.02.2021

Bitte füllen Sie das Formular aus und unterschreiben Sie dieses am Ende.
Sie können uns das Dokument per E-Mail, Post oder Fax zukommen lassen.

Hiermit erteile ich: _____

Name: _____ Straße _____
Vorname: _____ PLZ/Ort _____
E-Mail: _____ Geburtsdatum _____

mein Einverständnis, dass folgende Person(en) _____

Name: _____ Straße _____
Vorname: _____ PLZ/Ort _____
E-Mail: _____ Geburtsdatum _____

von Mitarbeitenden und Lehrkräften der Berufsbildungswerk Bremen gGmbH
Auskünfte per Telefon erhalten dürfen.

Der Angerufene verpflichtet sich, die Identität des Anrufers zu prüfen und wird
den Vorgang dokumentieren. Bild- und/oder Tonaufzeichnungen sind zu
unterbleiben.

Ich willige in die Verarbeitung von besonderen Kategorien, wie Behandlungs- und
Gesundheitsdaten zum Zwecke der Sprechstunde per Telefon ein.

Soweit an der Sprechstunde Ärztinnen/ Ärzte, Psychologinnen/ Psychologen
teilnehmen, werden diese von der Schweigepflicht befreit.

Es ist mir bekannt, dass diese Einwilligungserklärung freiwillig ist und von mir
jederzeit widerrufen werden kann.

Ort/Datum

Unterschrift des Rehabilitanden/ der Rehabilitandin
bzw. gesetzlichen Vertreters