

# Einverständniserklärung

zum Elternsprechtag am 26.02.2022 von 10:00 bis 15:00 Uhr

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 bzw. per Videokonferenz erhalten dürfen.

Bild- und/oder Tonaufzeichnungen sind nicht gestattet.

Ich willige in die Verarbeitung von besonderen Kategorien, wie Behandlungs- und  
Gesundheitsdaten zum Zwecke des Elternsprechtages ein.

Soweit an der Sprechstunde Ärzt\*innen, Psycholog\*innen teilnehmen, werden  
diese von der Schweigepflicht entbunden.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit widerrufen  
kann. Durch meine Unterschrift erkläre ich vorstehendes Einverständnis als  
erteilt.

Ort/Datum

Unterschrift des Rehabilitanden/ der Rehabilitandin  
bzw. gesetzlichen Vertreters