

Einverständniserklärung

als Formular für Praxisbegleitung, Zwischenprüfung und Abschlussprüfung

Name, Vorname Pflegeempfänger*in	
Name, Vorname gesetzliche/r Betreuer*in oder Bevollmächtigter	
Name der Pflegeeinrichtung	
Name, Vorname der/des Auszubildenden	
Zweck der Einwilligung	

Ich bin damit einverstanden, dass der/die obengenannte Auszubildende, auch im Beisein von zwei Pflegekundigen, pflegerische Handlungen an mir vornehmen darf.

Ebenso dürfen meine biografischen, pflegerischen und medizinischen Daten für den Pflegeprozess in anonymisierter Form verwendet werden.

Ort, Datum

Unterschrift Pflegeempfänger*in / ggf. gesetzliche/r Betreuer*in

Formular bitte mit den Unterlagen der Ausarbeitung ablegen!