

## Einverständniserklärung

zum Elternsprechtag am 22.02.2025 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: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### mein Einverständnis, dass folgende Person(en):

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

von Mitarbeitenden und Lehrkräften des Nordic CAMPUS Auskünfte erhalten zu dürfen.

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 Rehabilitand:in  
bzw. gesetzliche/r Vertreter:in