STÄDTISCHE EINRICHTUNG FÜR ALTENHILFE

MARIENSTIFT DORFEN

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Einrichtung Daten, die meine Person betreffen, bei einer **Einlieferung in das Krankenhaus**, weitergeben darf.

Ebenso erkläre ich mich einverstanden, dass wenn notwendig, eine Fotodokumentation bei einer **Wundversorgung** (Dekubitus, chronische Wunden)erstellt werden darf.

Heimbewohner :……
Name und Zuname in Druckschrift

Dorfen,……. ……
Ort, Datum Unterschrift Bewohner/ bzw. Betreuer