
(Name/Vorname/Anschrift)

Aufnahmeantrag ausgehändigt / zugesandt am: _____

Unterlagen für die Aufnahme in der WfbM:

1. Aufnahmeantrag (auf Seite 5 bitte mit Datum und Namen unterzeichnen!)
2. Schweigepflichtsentbindung des Arztes / Facharztes (Anlage 1)
3. Ärztliche Stellungnahme bei Neuaufnahmen in die Werkstatt (Anlage 2)
4. Medikamentenblatt (Anlage 3)
5. Einverständniserklärung Schwimm- und Sportangebote (Anlage 4)
6. Angaben zur Beförderung (Anlage 5)
7. Einverständniserklärung nach den Datenschutzbestimmungen (Anlage 6)
8. Einverständniserklärung (Mediengenehmigung) (Anlage 7)
9. Kopie der Bestellsurkunde des Betreuers
10. Kopie des Schwerbehindertenausweises
11. Kopie vom Sozialversicherungsausweis
12. Kopie des EU-Rentenbescheides
13. Kopie des aktuellen Grundsicherungsbescheides (sofern keine anderen Einkünfte/Sozialleistungen in Betracht kommen oder bezogen werden)

Wichtiger Hinweis: Grundsicherung wird nur dann gewährt, wenn vor der Aufnahme im Eingangsverfahren/Berufsbildungsbereich ein Antrag beim zuständigen Grundsicherungsamt gestellt wurde!

14. Mitgliedsbescheinigung der Krankenkasse
15. Steueridentifikationsnummer
16. ärztliche Diätverordnung
17. letzte Schulzeugnisse
18. Tabellarischer Lebenslauf mit Lichtbild
19. ggf. Kopien von Arbeitszeugnissen / Zertifikaten, Berichten von Maßnahmen der beruflichen Eingliederung

- für die Werkstatt für Menschen mit Behinderung, Büngerntechnik, Stangenkamp 2, 46414 Rhede-Büngerntechnik
- für die Abteilung integra Industrieservice, Binnenpaß 1, 46414 Rhede

Antragsteller/in:	
Name und ggf. Geburtsname:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	

Anschrift:	
Straße:	
PLZ, Wohnort:	
Telefon:	
Mobil:	
E-Mail-Adresse:	

Nationalität: (Bitte Kopie des Ausweises beifügen!)	
Familienstand:	
Geschlecht:	
Konfession:	
Leibliche Kinder: (Bitte Kopie der Geburtsurkunde der Kinder beifügen!)	

Wohnsituation:	<input type="checkbox"/> bei den Eltern	<input type="checkbox"/> in einer Familie
	<input type="checkbox"/> in Wohnstätte	<input type="checkbox"/> in einer Außenwohngruppe
	<input type="checkbox"/> im ambulant betreuten Wohnen	<input type="checkbox"/> in einer eigenen Wohnung
	<input type="checkbox"/> sonstige Wohnform	

ggf. wichtige Angehörige:	
Name:	
Vorname:	
Straße:	
PLZ, Wohnort:	
Telefon:	
Handy:	
E-Mailadresse:	

<p>Es besteht eine amtlich bestellte Betreuung:</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, und zwar für:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Gesundheitsorge <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Vermögenssorge (u. a. Geltendmachung von Renten- und/oder Sozialhilfe- oder Versicherungsleistungen) <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten <input type="checkbox"/> Vertretung des Betroffenen in gerichtlichen Verfahren <input type="checkbox"/> Vertretung in Behördenangelegenheiten <input type="checkbox"/> Sonstiges (u. a. Entgegennahme/ Öffnen/ Anhalten der Post) 	<p>Name, Vorname:</p> <p>Anschrift</p> <hr/> <p>Telefon:</p> <p>(Bitte Kopie der Bestellungsurkunde beifügen!)</p>
--	--

Sonstige Bezugsperson:	<input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/> Wohnstätte
	<input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrischer Dienst	<input type="checkbox"/> Sonstige
	Name, Vorname:	
	Anschrift:	
	Telefon:	Handy:

<p>Art der Behinderung:</p> <p>(Bitte <u>fachärztliches</u> Attest beifügen vom Psychiater/Neurologen!)</p>	<p><input type="checkbox"/> geistige Behinderung</p> <p><input type="checkbox"/> körperliche Behinderung</p> <p><input type="checkbox"/> psychische Behinderung</p>
--	---

<p>Schwerbehindertenausweis:</p> <p>(Bitte Kopie SB-Ausweis sowie den Feststellungsbescheid beifügen!)</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ausgestellt am: _____</p> <p>gültig bis: _____</p> <p>Grad der Behinderung (GdB): _____ Merkzeichen: _____</p>
---	--

<p>Pflegegrad gemäß § 61b SGB XII:</p> <p>(Falls vorhanden, bitte eine Kopie des Pflegegutachtens vom MDK beifügen!)</p>	<p><input type="checkbox"/> Grad 1 <input type="checkbox"/> Grad 2 <input type="checkbox"/> Grad 3 <input type="checkbox"/> Grad 4 <input type="checkbox"/> Grad 5</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegegrad wurde nicht anerkannt</p> <p><input type="checkbox"/> es wurde noch kein Antrag bei der Pflegeversicherung gestellt</p>
---	---

Hausarzt:	Name, Vorname:
	Anschrift:
	Telefon:

Facharzt (Psychiater/ Neurologe):	Name, Vorname:
	Anschrift:
	Telefon:

Relevante stationäre und/oder teilstationäre Aufenthalte: (Krankenhausbehandlung, Tagesklinik etc.)	
Relevante ambulante Therapien: (z.B. ambulante Psychotherapie)	

Müssen Medikamente während der Arbeitszeit eingenommen werden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, können diese selbständig eingenommen werden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <u>nein</u> , bitte bei Aufnahme das beigefügte Medikamentenblatt ausgefüllt vorlegen (wichtig: <u>aktuell gültig</u> !)
Haben Sie eine Bedarfsmedikation?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, kann diese selbständig eingenommen werden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <u>nein</u> , bitte bei Aufnahme das beigefügte Medikamentenblatt ausgefüllt vorlegen (wichtig: <u>aktuell gültig</u> !)
Benötigen Sie eine Sonderkost? (Bitte unbedingt ärztliche Verordnung beifügen!)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: _____

Anfallsleiden:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
-----------------------	---

Anfallshäufigkeit:

Datum des letzten Anfalls:

Allergien: (Bitte ärztliches Attest beifügen.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

Gibt es gesundheitliche Auswirkungen/Einschränkungen, wichtige arbeitsmedizinische Hinweise oder Verhaltensauffälligkeiten?

Evtl. Auslöser hierfür:

Hilfestellung/Assistenz ist erforderlich bei (bitte Art und Umfang der Hilfe beschreiben):

Bei der Pflege ist besonders zu beachten:

Werden während der Beschäftigungszeit in der WfbM besondere medizinische oder therapeutische Behandlungen benötigt (z.B. Krankengymnastik, Logopädie)?

Bankverbindung:	Name und Anschrift der Bank: _____ IBAN: _____ BIC: _____ Kontoinhaber: _____
------------------------	---

Wurde eine Rente beantragt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____ bei DRV _____
Beziehen Sie eine Erwerbsminderungsrente?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, unbefristet <input type="checkbox"/> ja, befristet bis: _____ (Bitte eine Kopie des Rentenbescheides beifügen!)
Sozialversicherungsnummer: <i>(Hinweis: Falls sie nicht vorliegt, muss sie über die Krankenversicherung bei der jeweiligen DRV beantragt werden.)</i>	_____ (Falls vorhanden, bitte eine Kopie des Versicherungsausweises beifügen!)

<p>Name und Sitz der Krankenkasse (bei der die Pflichtversicherung durchgeführt werden soll): <i>Hinweis:</i> Die Fortführung einer Familienversicherung ist nicht möglich!</p>	<p>(Bitte die Mitgliedsbescheinigung beifügen!)</p>
--	---

<p>Steueridentifikations-Nr.: (11-stellig)</p>	<p>_____</p>	<p><i>Hinweis:</i> Die Steuer-ID-Nr. wird vom Bundeszentralamt für Steuern zugesandt. Falls nicht vorhanden, bitte mit dem Finanzamt oder dem Meldeamt (Bürgerbüro) Ihres Wohnsitzes Kontakt aufnehmen.</p>
---	--------------	---

<p>Welche Tätigkeiten und Arbeitsfelder interessieren Sie besonders? Welche besonderen Wünsche haben Sie an die Werkstatt?</p>

Folgende Angaben sind nur bei einem Wechsel aus einer anderen Werkstatt für Menschen mit Behinderungen erforderlich:

ggf. bisheriger Lohn:	
Kostenträger:	
Kostenzusage vom:	
Aktenzeichen:	

WICHTIGER HINWEIS:

Für die Aufnahme in das Eingangsverfahren/in den Berufsbildungsbereich ist es erforderlich einen Antrag auf Teilhabe am Arbeitsleben beim zuständigen Rehabilitationsträger (in der Regel bei der Agentur für Arbeit oder bei der Deutschen Rentenversicherung Bund/ Westfalen-Lippe) zu stellen!

Dieser Antrag wurde bereits gestellt: nein ja, wann _____ wo _____

(Ort, Datum)

(Unterschriften Antragsteller bzw. gesetzlicher Vertreter)

Hiermit entbinde(n) ich / wir

(Name, Vorname)

den Hausarzt / Facharzt

(Name und Anschrift des Arztes/der Ärztin)

sowie das Gesundheitsamt in _____

von der ärztlichen Schweigepflicht über

- mich
- unsere Tochter
- unseren Sohn
- meinen zu Betreuende(n)

(Name, Vorname)

soweit es für die Aufnahme und die Beschäftigung in der Werkstatt für Menschen mit Behinderungen Büngerntechnik, 46414 Rhede- Büngerntechnik bzw. der Abteilung der Büngerntechnik „Integra-Industrieservice“ notwendig ist.

Sofern ich eine Erwerbsminderungsrente erhalte oder mein Rentenversicherungsträger den Leistungen zur Eingliederung in das Arbeitsleben in einer WfbM bereits zugestimmt hat, erkläre ich mich mit der Anforderung der ärztlichen Unterlagen bei meinem Rentenversicherungsträger einverstanden.

Weitere Unterlagen über die Behinderung können unter Beifügung dieser Erklärung bei(m)

angefordert werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/ Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Aktenzeichen: _____

Die beigefügte fachärztliche Stellungnahme wurde erstellt durch:

(Hinweis: es werden nur fachärztliche Stellungnahmen von einem Neurologen/Psychiater anerkannt!)

Klinik Ambulanz niedergelassener Psychiater

Gesundheitsamt

Institution: _____

Anschrift: _____

Name des Arztes: _____

Fachrichtung: _____

Telefon: _____

Es liegt vor (nach ICD-10)

Hauptdiagnose: _____

seit wann: _____

weitere Diagnose(n): _____

Herr/ Frau _____ ist bei mir in

erstmaliger gelegentlicher ambulanter stationärer

ärztliche Behandlung.

wie häufig gab es stationäre Behandlungen? _____

in welchem Krankenhaus? _____

Die Krankheit/ Behinderung geht zurück auf einen Unfall (auch Unfall der Mutter während der Schwangerschaft) oder ist Folge einer Geburtsschädigung durch Arzt- oder Hebammenfehler, einer Wehrdienst- bzw. Zivildienstbeschädigung, eines Impfschadens oder einer Gewalttat.

Nein Ja

ggf. Erläuterungen: _____

Es sind ärztliche und ärztlich verordnete Behandlungsmaßnahmen erforderlich
(soweit sie für die aktuelle Situation von Bedeutung sind)

Es kommt eine medizinische Rehabilitationsbehandlung in Betracht:

Ja Nein Begründung: _____

Es werden bereits ärztliche und ärztlich verordnete Behandlungsmaßnahmen aktuell
in Anspruch genommen (soweit sie für die aktuelle Situation von Bedeutung sind):

- Ambulante Psychiatrische Krankenpflege Frequenz/ Woche: _____
- Behandlungspflege Frequenz/ Woche: _____
- Soziotherapie Frequenz/ Woche: _____
- Sonstige _____ Frequenz/ Woche: _____

Es liegen selbst- oder fremdgefährdende Tendenzen vor

Nein Ja Bemerkungen: _____

Anmerkungen:

Datum: _____ Unterschrift/Stempel Facharzt: _____

Anlage 3 zum Aufnahmeantrag Medikamentenblatt

für _____ (Name, Vorname)	vom: _____ (Datum)
------------------------------	-----------------------

Dauermedikation:

Verordnung vom	Medikament	Einnahmezeit und Art der Einnahme (zwischen 8.00 und 15.30 Uhr)	Unterschrift (Betreuer/Wohnheim)	geändert oder abgesetzt am	Unterschrift (Betreuer/Wohnheim)

Im Kühlschrank aufzubewahrende Medikamente: _____ **(Ort der Aufbewahrung)**

--	--	--	--	--	--

Bedarfsmedikation:

Verordnung vom	Medikament	genaue Beschreibung des Bedarfsfalls (Situation, Uhrzeit, Menge)	Unterschrift (Betreuer/Wohnheim)	beenden am	Unterschrift (Betreuer)

Medikamentenallergien: _____ **Unverträglichkeiten:** _____

Hiermit erkläre/n ich / wir,
(Nichtzutreffendes bitte streichen)

(Name, Vorname)

dass ich / meine Tochter / unser Sohn / mein(e) zu Betreuende(r)
(Nichtzutreffendes bitte streichen)

(Name, Vorname)

mit der Werkstatt für Menschen mit Behinderungen Büngerntechnik im Rahmen der Sport- und Schwimmangebote ins Hallenbad und in die Turnhalle gehen kann.

Ich / meine / unsere Tochter / mein / unser Sohn / zu Betreuende(r)
(Nichtzutreffendes bitte streichen)

bin / ist

- Schwimmer/in
 Nichtschwimmer/in
 anfallskrank (letzter Anfall war _____)
(bitte für das Schwimmangebot ein Unbedenklichkeits-Attest vom Arzt beifügen)
 anfallsfrei

Ich / meine / unsere Tochter / unser Sohn / zu Betreuende(r)
(Nichtzutreffendes bitte streichen)

kann am

Schwimmangebot nicht teilnehmen, weil

Sportangebot nicht teilnehmen, weil

Ort, Datum

Unterschrift(en)

Zu befördernde Person:

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Beförderung mit dem Werkstattbus ist erforderlich:

- Sitzplatz
- Sitzplatz (Transport Rollator im Bus)
- Sitzplatz (Transport Rollstuhl im Bus)
- Rollstuhlfahrer (Standartgröße)
- Rollstuhlfahrer (keine Standartgröße)

 Begleitperson im Bus erforderlich (und Hilfe beim Ein- oder Aussteigen)

Fährt eigenständig zur Werkstatt nach:

als

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Büngern | <input type="checkbox"/> Radfahrer/in |
| <input type="checkbox"/> Borken | <input type="checkbox"/> Mofafahrer/in |
| <input type="checkbox"/> Mussum | <input type="checkbox"/> PKW- Fahrer/in |
| <input type="checkbox"/> Integra Rhede | |

Ist in der Lage öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen: ja nein

Besonderheiten:

Ort, Datum

Unterschrift:

Name, Vorname: _____ **Geburtsdatum:** _____

1. Ich bin damit einverstanden, dass die Büngern-Technik folgende personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung erhebt, verarbeitet und aktualisiert, um das Aufnahmeverfahren nach § 2 Werkstättenverordnung (WVO) in Verbindung mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) durchzuführen:
 - Stammdaten (Name, Vorname, Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort, Eltern/ Angehörige, gesetzliche Betreuung, Konfession, Familienstand, Wohnort, Wohnsituation/ Wohnform, Angaben zum Hausarzt und zu Fachärzten)
 - Biografische Daten (schulischer/ beruflicher Werdegang, für die Werkstatt relevante Informationen zur Lebensgeschichte, Gewohnheiten, besondere Fähigkeiten, Abneigungen, Tabus)
 - Arztberichte/ fachärztliche Gutachten inkl. Diagnosen und Befunde, psychologische Befunde/ Gutachten, Anamnese-Dokumentation, Grad der Behinderung mit Merkzeichen, Pflegegrad, Vorerkrankungen, Allergien, Medikamentenverabreichung, sonstige relevante Informationen zu medizinischen und therapeutischen Behandlungen
2. Soweit zur Durchführung der Leistungserbringung erforderlich ist die Büngern-Technik berechtigt, die notwendigen personenbezogenen Daten an Dritte (insbesondere an die Leistungsträger der Eingliederungshilfe wie Agentur für Arbeit, Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Deutsche Rentenversicherung und die übrigen Rehabilitationsträger gemäß § 6 Sozialgesetzbuch IX, an Krankenkassen, an Sozialhilfeträger, an Pflegekassen sowie weitere Abrechnungsstellen) zum Zwecke der Beantragung und Abrechnung von Leistungen weiterzugeben.
3. Ich bin damit einverstanden, dass die Büngern-Technik zum Zwecke der Durchführung eines Qualitätsmanagementaudits dem Auditor Einsichtnahme in meine Personalakte gewährt. Mir ist bekannt, dass die Auditoren einer besonderen Schweigepflicht über den Inhalt des Audits und insbesondere über den Inhalt der Personalakte unterliegen. Die Auditoren sind nicht berechtigt Aufzeichnungen oder Kopien über den Inhalt der Personalakte anzufertigen.
4. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Ich bin darüber informiert worden, dass für den Fall des Widerrufs der Einwilligungserklärung Einschränkungen in meiner Versorgung (Betreuung und Pflege) bzw. finanzielle Nachteile (z.B. abgelehnte Kostenzusage eines Sozialleistungsträgers) entstehen.
5. Wird eine Aufnahme vom Bewerber oder von der Büngern-Technik abgesagt, so ist die Büngern-Technik verpflichtet, die erhobenen Daten binnen einer Frist von 8 Wochen zu löschen, sofern keine anderweitige Vereinbarung getroffen worden ist.
6. Die Büngern-Technik arbeitet im Rahmen der Anordnung über den kirchlichen Datenschutz nach festgelegten Regelungen für die IT-Nutzung, zum Datenschutz und zum Umgang mit Personalakten.
7. Die Mitarbeiter der Büngern-Technik sind zur Verschwiegenheit sowie zur Beachtung der geltenden Datenschutzbestimmungen verpflichtet.

Ort, Datum

Unterschrift Bewerber / Unterschrift gesetzlicher Vertreter



Einverständnis der Datenverarbeitung von Bild-, Film- und Tonaufnahmen für Werbung und Publikation – Model Release

Verantwortlich für die Erstellung und Verarbeitung von Bildaufnahmen sind der Caritasverband für das Dekanat Bocholt e.V., Nordwall 44-46, 46399 Bocholt sowie

Name der Einrichtung

Es ist für die interne Bildverarbeitung erforderlich, Name der Person und Datum der Aufnahme zu speichern. Die Bilder werden zur Verarbeitung auf Speichermedien (Festplatte, USB-Stick, DVD, Festplatte etc.) übertragen. Für den Ausdruck der Aufnahmen werden die Daten ggfs. an Dritte übermittelt (z.B. Druckerei, Fotolabor, Fotoshop).

Grundsätzlich werden Aufnahmen nur so lange gespeichert, wie sie zur Zweckerfüllung erforderlich sind und danach gelöscht.

Ich, ----- (Vorname, Name)

bin damit einverstanden, dass von mir Bildaufnahmen
 Video- und Tonaufnahmen gemacht werden.

Ich stimme zu, dass die oben genannten Aufnahmen für Zwecke der Öffentlichkeitsarbeit und Werbung erstellt, verwertet und verarbeitet werden dürfen. Dazu zählen z.B.

- ✓ Publikationen des Caritasverbandes f.d. Dekanat Bocholt e.V. und seiner oben genannten Einrichtung wie Jahresbericht, Chronik, (Reise-)Programmhefte, Angebotsübersichten etc.
- ✓ Presse- und Medienveröffentlichungen des Caritasverbandes f. d. Dekanat Bocholt e.V. und seiner oben genannten Einrichtung z.B. in Form von Pressemitteilungen in den Lokalzeitungen, Anzeigenblättern, Beiträge im Lokalradio und in Lokalsendern
- ✓ Werbematerialien der Einrichtung und des Caritasverbandes f. d. Dekanat Bocholt e.V. wie z.B. Flyer, Plakate, Rollup, Prospekte/Kataloge, Anzeigen.
- ✓ Darstellung in Webauftritten des Caritasverbandes f. d. Dekanat Bocholt e.V. und seiner oben genannten Einrichtung.

Wir freuen uns, wenn Sie uns zusätzlich auch die Verwendung in social-media-Kanälen erlauben.

- Die Veröffentlichung in social media Präsenzen des Caritasverbandes f. d. Dekanat Bocholt e.V. bzw. der oben genannten Einrichtung

Wir weisen darauf hin, dass mit der Veröffentlichung die Nutzungsrechte an das jeweilige Netzwerk





abgetreten werden und nicht mehr dem Zugriff der Einrichtung/des Verbandes unterliegen.
--

Im Zusammenhang mit der Veröffentlichung der Personenabbildungen können auch die personenbezogenen Daten der Abgebildeten veröffentlicht bzw. öffentlich zugänglich gemacht werden (z.B. als Überschrift, Bildunterschrift oder Textportrait. Der Veröffentlichung von personenbezogenen Daten kann im Rahmen dieser Einwilligungserklärung ausdrücklich widersprochen werden (s. unten), ohne dass hiervon die Einwilligung in die Veröffentlichung der benannten Personenabbildungen beeinträchtigt wird.

Die Rechteinräumung erfolgt ohne Vergütung und umfasst das Recht zur Bearbeitung der Bilder, soweit diese nicht entstellend sind.

Diese Einwilligungserklärung erfolgt freiwillig und gilt zeitlich und örtlich unbegrenzt, also auch über bestehende Vertragsverhältnisse hinaus. Sie kann jedoch durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Caritasverband f. d. Dekanat Bocholt mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Bereits im Umlauf befindliche Wiedergaben der Aufnahmen werden hiervon nicht betroffen. Ebenso wird das Recht zur weiteren Verbreitung, Verwendung und öffentlichen Zurschaustellung bereits angefertigter Druckerzeugnisse hiervon nicht betroffen (Artikel 7 Abs. 2 DSGVO). Der Widerruf meiner Einwilligung verpflichtet den Einwilligungsbegünstigten nicht zu Maßnahmen oder Aufwendung zur Verhinderung der weiteren Verbreitung oder öffentlichen Zurschaustellung durch Dritte.

Es entstehen keine Nachteile aus der Ablehnung des Einverständnisses oder einem etwaigen Widerruf.

 Ort, Datum

 Unterschrift Abgebildeter

In den Fällen, in denen eine rechtliche Betreuung mit Einwilligungsvorbehalt eingerichtet ist, ist die Unterschrift der gesetzlichen Betreuung erforderlich, bei Minderjährigen unter 16 Jahren die Unterschrift der Sorgeberechtigten bzw. ggf. des Vormundes.

 Datum, Name, Vorname des Sorgeberechtigten/rechtlichen Betreuers/Vormundes

 Unterschrift

Möglichkeit zum Widerspruch der Veröffentlichung von personenbezogenen Daten

Ich widerspreche der Einwilligung zur Verwendung von personenbezogenen Daten an meiner Person, ohne dass hiervon die Einwilligung gem. Ziff. 3. beeinträchtigt wird.

 Ort, Datum

 Unterschrift Abgebildeter

In den Fällen, in denen eine rechtliche Betreuung mit Einwilligungsvorbehalt eingerichtet ist, ist die Unterschrift der gesetzlichen Betreuung erforderlich, bei Minderjährigen unter 16 Jahren die Unterschrift der Sorgeberechtigten bzw. ggf. des Vormundes.

 Datum, Name, Vorname des Sorgeberechtigten/rechtlichen Betreuers/Vormundes

 Unterschrift
