Aufnahmeantrag

Checkliste zum Antrag auf Aufnahme

_____
(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
3. ☐ Fachärztliche Stellungnahme bei Neuaufnahmen (2 Seiten)
4. ☐ Medikamentenblatt
5. ☐ Einverständniserklärung Schwimm- und Sportangebote
6. ☐ Angaben zur Beförderung
7. ☐ Einverständniserklärung nach den Datenschutzbestimmungen
8. ☐ Einverständnis der Datenverarbeitung von Bild-, Film- und Tonaufnahmen für Werbung und Publikation
9. ☐ Kopie der Bestellungsurkunde 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

Aufnahmeantrag

☐ **für die Werkstatt für Menschen mit Behinderung, Büngern Technik, Stangenkamp 2, 46414 Rhede-Büngern**
☐ **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:	☐ bei den Eltern	☐ in einer Familie
	☐ in Wohnstätte	☐ in einer Außenwohngruppe
	☐ im ambulant betreuten Wohnen	☐ in einer eigenen Wohnung
	☐ sonstige Wohnform	

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

Aufnahmeantrag

Es besteht eine amtlich bestellte Betreuung: ☐ nein ☐ ja, und zwar für: ☐ Gesundheitssorge ☐ Aufenthaltsbestimmung ☐ Vermögenssorge (u. a. Geltendmachung von Renten- und/oder Sozialhilfe- oder Versicherungsleistungen) ☐ Wohnungsangelegenheiten ☐ Vertretung des Betroffenen in gerichtlichen Verfahren ☐ Vertretung in Behördenangelegenheiten ☐ Sonstiges (u. a. Entgegen-nahme/ Öffnen/ Anhalten der Post)	Name, Vorname: Anschrift Telefon: (Bitte Kopie der Bestellungsurkunde beifügen!)

Sonstige Bezugsperson:	☐ Betreutes Wohnen	☐ Wohnstätte
	☐ Sozialpsychiatrischer Dienst	☐ Sonstige
	Name, Vorname:	
	Anschrift:	
	Telefon:	Handy:

Art der Behinderung: (Bitte fachärztliches Attest beifügen vom Psychiater/Neurologen!)	☐ geistige Behinderung ☐ körperliche Behinderung ☐ psychische Behinderung

Schwerbehindertenausweis: (Bitte Kopie SB-Ausweis sowie den Feststellungsbescheid beifügen!)	☐ nein ☐ ja, ausgestellt am: _____ gültig bis: _____ Grad der Behinderung (GdB): _____ Merkzeichen: _____

Pflegegrad gemäß § 61b SGB XII: (Falls vorhanden, bitte eine Kopie des Pflegegutachtens vom MDK beifügen!)	☐ Grad 1 ☐ Grad 2 ☐ Grad 3 ☐ Grad 4 ☐ Grad 5 ☐ Pflegegrad wurde nicht anerkannt ☐ es wurde noch kein Antrag bei der Pflegeversicherung gestellt

Aufnahmeantrag

Hausarzt:	Name, Vorname: Anschrift:
	Telefon:

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

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

Müssen Medikamente während der Arbeitszeit eingenommen werden?	☐ nein ☐ ja Wenn ja, können diese selbständig eingenommen werden? ☐ nein ☐ ja Wenn <u>nein</u>, bitte bei Aufnahme das beigefügte Medikamentenblatt ausgefüllt vorlegen (wichtig: <u>aktuell gültig</u>)!
Haben Sie eine Bedarfsmedikation?	☐ nein ☐ ja Wenn ja, kann diese selbständig eingenommen werden? ☐ nein ☐ 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!)	☐ nein ☐ ja:_____

Anfallsleiden:	☐ ja ☐ nein
Anfallshäufigkeit:	
Datum des letzten Anfalls:	
Allergien: (Bitte ärztliches Attest beifügen.)	☐ ja ☐ 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?	☐ nein ☐ ja, am _____ bei DRV _____
Beziehen Sie eine Erwerbsminderungsrente?	☐ nein ☐ ja, unbefristet ☐ ja, befristet bis: _____ (Bitte eine Kopie des Rentenbescheides beifügen!)
Sozialversicherungsnummer: (*Hinweis:* Falls sie nicht vorliegt, muss sie über die Krankenversicherung bei der jeweiligen DRV beantragt werden.)	_____ (Falls vorhanden, bitte eine Kopie des Versicherungsausweises beifügen!)

Aufnahmeantrag

Name und Sitz der Krankenkasse (bei der die Pflichtversicherung durchgeführt werden soll)**:** *Hinweis:* Die Fortführung einer Familien-versicherung ist nicht möglich!	(Bitte die Mitgliedsbescheinigung beifügen!)

Steueridentifikations-Nr.: (11-stellig)	_____	*Hinweis:* 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.

Welche Tätigkeiten und Arbeitsfelder interessieren Sie besonders? Welche besonderen Wünsche haben Sie an die Werkstatt?

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

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

W I C H T I G E R H I N W E I S:
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)

Schweigepflichtsentbindung

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 Büngern-Technik, 46414 Rhede- Büngern bzw. der Abteilung der Büngern-Technik „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

Fachärztliche Stellungnahme bei Neuaufnahmen (Seite 1)

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: _____

_____

_____

Fachärztliche Stellungnahme bei Neuaufnahmen (Seite 2)

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: _____

Medikamentenblatt

für _____ **vom:** _____
(Name, Vorname) (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:** _____

Einverständniserklärung Sport- und Schwimmangebot

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 Büngern-Technik 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)

Aufnahmeantrag

Angaben zur Beförderung

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
☐ Büngern	☐ Radfahrer/in
☐ Borken	☐ Mofafahrer/in
☐ Mussum	☐ PKW- Fahrer/in
☐ Integra Rhede	

Ist in der Lage öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen: ☐ ja ☐ nein

Besonderheiten: _____

_____

_____

Ort, Datum _____

Unterschrift: _____

Einverständniserklärung nach den Datenschutzbestimmungen

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 Widerrufes 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 Vertret

SEHEN. HELFEN. HANDELN.

Caritasverband für das Dekanat Bocholt e. V.

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

WfbM Büngern-Technik

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
- ✓ Werbematerialen der Einrichtung, des Caritasverbandes f. d. Dekanat Bocholt e.V. bzw. seiner Produkte und Angebote in Form von 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 Rechteeinräumung 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. Das Bild/Video darf nur ohne Nennung meiner Daten verwendet werden.

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