

Einverständniserklärung

Vorname, Name (Blockbuchstaben)

Ich bin damit einverstanden, dass die im Interview am
erhobenen Daten ausschließlich zu schulischen Zwecken verwendet
werden.

Die Schule versichert, dass die Daten anschließend komplett gelöscht
werden.

Unterschrift Patient

Unterschrift Interviewer

Ort, den