



## Einverständniserklärung

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich an der praktischen  
Begleitung / Abschlussprüfung von

\_\_\_\_\_ mitwirke.

(Name des/der Auszubildenden)

Ich bin damit einverstanden,

- dass die prüfenden Dozent\*innen des DAFZ für Pflegeberufe Einsicht in meine Pflegedokumentation nehmen und
- sich der/die Auszubildende bei meinem Hausarzt über meine gesundheitliche Situation / vorliegende Krankheiten und ärztliche Verordnungen informiert.

\_\_\_\_\_  
(pflegebedürftiger Mensch)

\_\_\_\_\_  
(ggf. gesetzliche\*r Betreuer\*in)