

Einverständniserklärung

- ☐ Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass die Erhebungsbögen für die Asthmapatientenschulung zur Auswertung im Rahmen des Schulungszentrums benutzt werden.
- ☐ Wir sind mit der Anforderung von Informationen über das Asthma unseres Kindes, mittels des Fragebogens an den behandelnden Arzt einverstanden.
- ☐ Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass unser behandelnder Arzt, über den Inhalt, Verlauf, Erfolg und Besonderheiten der Schulung informiert wird.
- ☐ Fotos, die während der Schulung von meinem Kind gemacht werden, dürfen bei der Berichterstattung über die Schulungen verwendet werden.
- ☐ Ich bin mit der Aufzeichnung einiger Sitzungen auf Video, die zur Auswertung von Rollenspielen oder zur Supervision im Rahmen der Ausbildung zukünftiger Asthmatrainer, durchgeführt werden, einverstanden.
- Es müssen nicht alle Punkte angekreuzt werden um an der Schulung teilnehmen zu können.

Name des Kindes

Ort/Datum

Unterschrift der Eltern / eines Erziehungsberechtigten