

# Kurs der Elternschule



Wir bitten Sie um die Angabe der folgenden Daten, die wir für die Durchführung des Kurses benötigen:

.....  
Name, Vorname (leibliche Mutter)

.....  
Geburtsdatum

.....  
Name, Vorname (Partner:in)

.....  
Wohnort: Straße, Hausnummer, PLZ, Stadt

.....  
Telefon

.....  
E-Mail

.....  
Bezeichnung des Kurses

.....  
Zeitraum des Kurses

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift(en) der teilnehmenden Person(en)

## Einwilligungserklärung zum Datenschutz der schwangeren Person

Darüber hinaus möchten wir Sie um die Angabe Ihres voraussichtlichen Entbindungstermins bitten. Diese Information wird ausschließlich von der jeweiligen Kursleitung zur Durchführung des Kurses verwendet und keinesfalls an Dritte weitergegeben. Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

.....  
Voraussichtlicher Entbindungstermin

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass der Entbindungstermin zum zuvor genannten Zweck genutzt werden darf.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der Schwangeren

## Elternschule

im St. Joseph Krankenhaus  
Berlin Tempelhof

[elternschule@sjk.de](mailto:elternschule@sjk.de)

030 7882-2738

Wüsthoffstr. 15 · 12101 Berlin