

Fragebogen für künftige Praxisbetriebe

Von der Praxisfamilie vollständig auszufüllen und an das ABZ Hagenberg, Veichter 99, 4232 Hagenberg; Z.H.: Fr. FL Michaela Reingruber BA, MSc, BEd oder an m.reingruber@abz-hagenberg.ac.at zurücksenden. Bei Fragen können Sie gerne auch unter 0732 7720 33499 anrufen.

PRAXISBETRIEB

Zuname: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Hausnummer: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

e-mail: _____

1) Personen im Haushalt

Name	Geburtsdatum	Beeinträchtigung/Pflegebedürftigkeit Wenn ja, welche Form?

2) Ausbildung der betreuenden Person

3) Beschreibung der Wohnsituation (Bauernhaus, Mietwohnung, ...)

4) Gibt es im Haushalt spezielle Kostformen?

- Vegetarier: _____
- Diätkost: _____
- Sonstige: _____

5) Haben sie Haustiere? Wenn ja, welche? _____

6) Besteht bei Ihnen eine Nächtigungsmöglichkeit für die Praktikantin/den Praktikanten?

- Ja
- Nein

7) Führen Sie einen Betrieb? Wenn ja, welchen Betriebszweig?

- Landwirtschaftlicher Betrieb: _____
- Gewerblicher Betrieb: _____

8) Platz für Wünsche und Anregungen

Ort, Datum

Unterschrift

Einwilligungserklärung und Information zum Datenschutz

Ich willige ein,

Ich willige *nicht* ein,

dass meine Daten „Name“, „Adresse“, „Telefonnummer“, „Emailadresse“
zum Zweck der gesetzlichen Dokumentation der Praxiszeiten der
Schülerinnen und Schüler des abz Hagenberg verarbeitet werden.

Ich stimme zu,

Ich stimme *nicht* zu,

dass die SchülerInnen Fotomaterial unserer Einrichtung/unsere Betriebes
für Ihre **Praxismappen** verwenden dürfen.

Ich willige ein,

Ich willige *nicht* ein,

dass meine Daten „Name“, „Adresse“, „Telefonnummer“, „Emailadresse“
in einer **Praxisbetriebsliste** des abz Hagenberg verarbeitet und den
Schülerinnen und Schülern des 2. und 3. Jahrganges zur Praxisfindung zur
Verfügung gestellt werden.

Bitte ankreuzen!

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Name und Adresse des Betriebes bzw. der Institution:
