

Anmeldung zur Fortbildung

Palliative Care (160 h)

01.03.2021 bis 12.11.2021

- Kopie der Urkunde zum Führen der Berufsbezeichnung füge ich bei
- reiche ich bis spätestens zum Beginn der Fortbildung ein

Name _____ Vorname _____

Privatanschrift _____ Telefon _____

_____ E-Mail _____

_____ Handy _____

Geburtsdatum _____ Geburtsname _____

Geburtsort _____ Staatsangehörigkeit _____

Berufsausbildung /Studium _____

Qualifikation _____

Berufserfahrung seit _____

Arbeitgeber:

Einrichtung _____

Abteilung _____

Anschrift _____

Ansprechpartner in der Einrichtung _____

Vorname Name Telefonnummer

_____ E-Mail Adresse

Rechnung an private Adresse Einrichtung _____
Unterschrift des Verantwortlichen

Ort, Datum Unterschrift

Ich wurde auf die Fachweiterbildung aufmerksam auf Grund von:

Empfehlung Internetauftritt Messeauftritt Sonstiges _____

Fragebogen zu Ihrer Anmeldung für die Fortbildung „Palliative Care“

Haben Sie in Ihrer derzeitigen Tätigkeit Praxisbezug zu Palliativpatienten? ja nein
wenn ja, bitte die Art der Einrichtung ankreuzen:

- | | | |
|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Palliativstation | <input type="checkbox"/> Hospiz | <input type="checkbox"/> Amb. Palliativdienst/Hospizdienst |
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus | <input type="checkbox"/> Altenheim | <input type="checkbox"/> Sozialstation |

Beabsichtigen Sie die Aufnahme einer Tätigkeit zur Pflege von Palliativpatienten?

ja nein

wenn ja, voraussichtlich ab wann? _____

Warum möchten Sie am Palliative Care Kurs teilnehmen (Ihre Motivation)?

Da im Unterricht viel mit Selbsterfahrung gearbeitet wird und wir persönliche Situationen berücksichtigen möchten, würden wir gerne fragen, ob Sie im vergangenen Jahr im privaten Umfeld mit den Themen Tod und Sterben konfrontiert waren?
