

Anmeldung zur Fortbildung Palliative Care (160 h)

Name _____

Vorname _____

Privatanschrift _____

Telefon _____

Privatanschrift _____

Telefon _____

E-Mail _____

Handy _____

Geburtsdatum _____

Geburtsname _____

Geburtsort _____

Staatsangehörigkeit _____

Berufsausbildung /Studium _____

Qualifikation _____

Berufserfahrung seit _____

Arbeitgeber:

Einrichtung _____

Abteilung _____

Anschrift _____

Ansprechpartner in der Einrichtung _____

Name und Telefonnummer

Rechnung an private Adresse Einrichtung

Datenschutzhinweis: Mit der Anmeldung erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Daten im Rahmen dieser Weiterbildung gespeichert werden.

Bitte informieren Sie mich über künftige Fortbildungsangebote.

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 zur Pflege Sterbender? 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 Sterbender? 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?
