

**Weiterbildung „Palliative Care“  
 Qualifizierungskurs für Pflegende**

**120 Stunden - nach dem Basiscurriculum Kern / Müller / Aurnhammer**

**Zielgruppe**

- Pflegefachkräfte der Gesundheits-/ Kinderkrankenpflege/Pflegefachfrauen/-männer
- Pflegefachkräfte der Altenpflege

**Termine**

- 1. Blockwoche:                    10.03.2025 – 14.03.2025**  
**2. Blockwoche:                    12.05.2025 – 16.05.2025**  
**3. Blockwoche:                    18.08.2025 – 22.08.2025**

**Die Weiterbildung findet am Caritas SchulZentrum Saarbrücken statt.**

**Kursgebühr    1400,- € inkl. Kaffee und Gebäck**

<b>Kontakt und Anmeldung</b>	
<b>Caritas SchulZentrum Saarbrücken</b>	<b>Rastpfuhl 12 a 66113 Saarbrücken</b>
Internet	<a href="https://www.cts-schulzentrum.de/fort-und-weiterbildung/basis-pc">https://www.cts-schulzentrum.de/fort-und-weiterbildung/basis-pc</a>
Kursleitungen	Martin Giebel Zertifizierter Kursleiter DGP Fachpfleger für Schmerztherapie, Onkologie und Palliativmedizin Tel.: 0681 58805 819  Janine Kremp Zertifizierte Kursleiterin DGP Fachpflegerin für Schmerztherapie, Onkologie und Palliativmedizin Tel.: 0681 58805 819
Sekretariat	Tel.: 0681 58805-801 Fax.: 0681 58805 809 E-Mail: <a href="mailto:fachweiterbildung@cts-schulzentrum.de">fachweiterbildung@cts-schulzentrum.de</a>

## Anmeldung **Palliative Care (120 h) 10.03.2025 bis 22.08.2025**

**Bitte fügen Sie unbedingt Ihrer Anmeldung die folgenden Unterlagen bei:**

- komplett ausgefüllter Anmeldebogen**
- Kopie der Urkunde** über die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung in einem Gesundheits- oder Altenpflegefachberuf
- Bei Namensänderung: Kopie des entsprechenden Dokuments
- Zertifikat der Palliativen Praxis oder Zertifikat des Multiprofessionellen Moduls

Datenschutz: Ihre Daten werden im Rahmen dieser Weiterbildung gespeichert.  
Mit der Anmeldung erklären Sie sich damit einverstanden

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Privatanschrift \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsname \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Berufsausbildung /Studium \_\_\_\_\_

Qualifikation \_\_\_\_\_

Berufserfahrung seit \_\_\_\_\_

### **Arbeitgeber/ Einrichtung**

Einrichtung \_\_\_\_\_

Abteilung \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Ansprechpartner in der Einrichtung \_\_\_\_\_

Vorname Name Telefonnummer

\_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse

### **Bitte beachten Sie unsere Rücktrittsbedingungen: Umbuchung, Rücktritt, Nichterscheinen**

- Teilnehmende oder Ihre Einrichtung müssen den Rücktritt von der Veranstaltung schriftlich erklären.
- Gerne können Sie eine andere Person benennen, wenn diese die Zugangsvoraussetzungen zur Teilnahme am Kurs erfüllt. Wir erheben in diesem Falle eine Bearbeitungsgebühr von 25,00 €.
- Rücktritt bis vier Wochen vor Kursbeginn: Wir erheben 25 % der Kursgebühr, wenn der Platz nicht mehr besetzt werden kann.
- Bei Nichterscheinen erheben wir die volle Kursgebühr.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer/-in

Rechnung an:  private Adresse  Einrichtung\*

\_\_\_\_\_  
\* Name und Unterschrift der/des Vorgesetzten

**Fragebogen zu Ihrer Anmeldung für die Weiterbildung „Palliative Care“**

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

- Palliativstation       Hospiz       Amb. Palliativdienst/Hospizdienst  
 Krankenhaus       Senioreneinrichtung       ambulante Pflege

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?

---

---

---

---

---