**Anmeldung zur Weiterbildung**

**Pflege in der Schmerztherapie, Onkologie und Palliativmedizin (SOP)**

 [ ] Modul 1 Basiswissen

 [ ] Modul 2 Palliative Care und Hospizpflege (Bitte füllen Sie für Modul 2 den Fragebogen aus.)

 [ ] Modul 3 Schmerztherapie

 [ ] Modul 4 Onkologie

Eine amtlich beglaubigte Kopie der Urkunde über die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung

[ ]  füge ich bei [ ]  gebe ich spätestens zum Beginn der Weiterbildung im SchulZentrum ab

**Name** Klicken Sie hier, um Text einzugeben. **Vorname** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Privatanschrift** Klicken Sie hier, um Text einzugeben. **Telefon** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

 Klicken Sie hier, um Text einzugeben. **E-Mail**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

 Klicken Sie hier, um Text einzugeben. **Handy** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Geburtsdatum** Klicken Sie hier, um Text einzugeben. **Geb.-name** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Geburtsort** Klicken Sie hier, um Text einzugeben. **Staatsangeh.** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Berufsausbildung / Studium** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Qualifikation**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Berufserfahrung seit** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Arbeitgeber:**

**Einrichtung** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Abteilung** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

 **Anschrift** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Ansprechpartner in der Einrichtung** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

 Name und Telefonnummer

**Rechnung an** private Adresse [ ]  Einrichtung [ ]

Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Ort, Datum** **Unterschrift**

Ich wurde auf die Fachweiterbildung aufmerksam auf Grund von:

Empfehlung [ ]  Internetauftritt [ ]  Messeauftritt [ ]  Sonstiges Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**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:

[ ]  Palliativstation [ ]  Hospiz [ ]  Amb. Palliativdienst/Hospizdienst
[ ]  Krankenhaus [ ]  Altenheim [ ]  Sozialstation

Beabsichtigen Sie die Aufnahme einer Tätigkeit zur Pflege Sterbender? [ ]  ja [ ]  nein

wenn ja, voraussichtlich ab wann? Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

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

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

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?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.