

## Anmeldung zur Fortbildung Palliative Care (160 h)

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

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

\_\_\_\_\_  
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?

---

---

---

---