

Weiterbildungskurs Palliative Care mit 160 Unterrichtsstunden

Wir bitten Sie, diesen Fragebogen ausgefüllt an uns zurück zu senden.

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Hinweis: Zu meiner Teilnehmerregistrierung am Kurs werden folgende Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Qualifikation) **gesichert** an die Zertifizierungsstelle der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V; Aachener Str. 5, 10713 Berlin übermittelt. Diese Daten werden ausschließlich für die Teilnehmerregistrierung und Zertifikaterstellung verwendet und zu Nachweiszwecken grundsätzlich aufbewahrt. Bei Rücktritt vom Kurs bis 30 Tage vorher werden wir 20% und danach 100% der Seminargebühren berechnen. Diese Regelung tritt nicht in Kraft, wenn ein/e Ersatzteilnehmer/in benannt wird.

Bitte deutlich schreiben!

Name:

Vorname:

Geb.-Dat.

Geburtsort:

Privatanschrift

Straße:

PLZ/Ort:

Tel.:

E-Mail

Dienstanschrift Anstellungsträger

Ansprechpartner - Name Vorname

Straße:

PLZ/Ort:

Tel.:

Rechnung

Privat

Dienst

Rechnungsanschrift, falls sie von der Dienstanschrift abweicht

Name:

Straße:

PLZ/Ort:

Tel.:

Berufserfahrung (in Jahren)

Derzeitiger Tätigkeitsschwerpunkt

Zukünftiger Tätigkeitsschwerpunkt

Bitte geben Sie den Anteil an Fachkräften für Palliative Care in Ihrer Einrichtung/Abteilung an.

Bitte beschreiben Sie kurz Ihren beruflichen Werdegang.

Bitte nennen Sie Ihre Gründe für die Teilnahme an diesem Qualifizierungskurs.

Bitte beschreiben Sie, welche Umsetzungsmöglichkeiten des Konzeptes Palliative Care Sie in Ihrer weiteren beruflichen Praxis sehen.

Datum

Unterschrift