Jedermann Gruppe

Fragebogen zu Ihrer Anmeldung für die Fortbildung „Palliative Care“

vom 28.09.2020 bis 18.06.2021 in Brandenburg an der Havel (insgesamt 160 Stunden)

Name:	Vorname:	Geburtsname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:	
Anschrift:		

Rechnungsanschrift:		
Telefon:	Fax:	E-Mail:
Arbeitsstelle:		
Berufsbezeichnung:		Berufserfahrung seit:

Haben Sie in Ihrer jetzigen Tätigkeit Praxisbezug zur Pflege Sterbender? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche Art der Einrichtung:

☐ Palliativstation ☐ Hospiz ☐ amb. Palliativ/ Hospizdienst

☐ Krankenhaus ☐ Altenheim ☐ Sozialstation

Beabsichtigen Sie die Aufnahme einer Tätigkeit zur Pflege Sterbender?

☐ Ja, voraussichtlich ab _____ ☐ Nein

Warum möchten Sie am Palliative Care Kurs teilnehmen? (Bitte kurz erläutern)

Weil wir in diesem Kurs auch mit Selbsterfahrungselementen arbeiten, möchten wir Sie bitten, uns mitzuteilen, ob Sie im vergangenen Jahr eine schwere Verlusterfahrung durchlebt haben oder eine eigene Betroffenheit mitbringen, damit wir dies berücksichtigen können.

☐ ja ☐ nein

Ich versichere, dass die vorstehend von mir aufgeführten Angaben der Wahrheit entsprechen

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten zur Abwicklung der Fortbildung und für spätere Teilnehmerinformationen im Rahmen der Datenschutzgesetze verarbeitet und gespeichert werden dürfen. Die Teilnehmer haben ein Recht auf Auskunft, Berichtigung, Einschränkung und Löschung ihrer gespeicherten Daten sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit. Diese Einwilligung kann jederzeit für die zukünftige Verarbeitung widerrufen werden.

Datum: Unterschrift:

_____ _____