

## Fragebogen zu Ihrer Anmeldung für die Fortbildung „Palliative Care“

vom 03.12.2018 bis 13.09.2019 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)

<p>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.</p> <p>ja            nein</p>
---

<p>Ich versichere, dass die vorstehend von mir aufgeführten Angaben der Wahrheit entsprechen</p> <p>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.</p>	
Datum:	Unterschrift:
_____	_____