


<b>Herausgeber: BiPG</b>  <input type="checkbox"/> SPB/ PFA <input type="checkbox"/> ATA/ OTA <input checked="" type="checkbox"/> AFW	<i>Formular</i>  <b>F_Bewerbungsvordruck_AFW</b>	 Universitätsklinikum Münster
---	--	--

**Bewerbung für Weiterbildung** (bitte ankreuzen):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Intensivpflege und Anästhesie            | <input type="checkbox"/> Pflegeexperte Demenz & Delir  |
| <input type="checkbox"/> Notfallpflege                            | <input type="checkbox"/> Pflegeexperte in der Neurologie   |
| <input type="checkbox"/> Pflege in der Onkologie                  | <input type="checkbox"/> Pflegeexperte im Schmerzmanagement  |
| <input type="checkbox"/> Palliative Care                          | <input type="checkbox"/> Praxisanleiter: <input type="checkbox"/> 200 Std. <input type="checkbox"/> 300 Std. |
| <input type="checkbox"/> Qualifizierung innerklinischer Transport | <input type="checkbox"/> Qualifizierung - Spezielle Pflege Stroke Unit                                       |

Lehrgangsbeginn: \_\_\_\_\_

Name/ Vorname/ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Private E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon/ Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort, Straße: \_\_\_\_\_

Examen als Gesundheits- und  Kinder-/  Krankenpfleger\*in oder  \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_  Anlage Zeugnis und Urkunde

**Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung**

Erteilt durch: \_\_\_\_\_ Erteilt am: \_\_\_\_\_

Tätigkeit in der Allgemeinen Kinder-/ Krankenpflege	Monate	Tätigkeit in der Altenpflege	Monate

Tätigkeit in der:	Monate	Tätigkeit in der:	Monate
<input type="checkbox"/> Intensivtherapie		<input type="checkbox"/> Onkologischen Pflege	
<input type="checkbox"/> Intermediate Care		<input type="checkbox"/> Notaufnahme	
<input type="checkbox"/> Anästhesie		<input type="checkbox"/> Stroke Unit	

Beschäftigung in Vollzeit:  Ja  Nein Beschäftigung in Teilzeit \_\_\_\_\_%

Mit der Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben.

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Der Umwelt zu Liebe: Bitte reichen Sie ihre Bewerbungsunterlagen ohne Schnellhefter, Klarsichtfolien o. ä. ein.

**Vermerk der UKM-Pflegedienstleitung**  
 Die Bewerbung wird  befürwortet  nicht befürwortet  
 Name/ Unterschrift der Pflegedienstleitung: \_\_\_\_\_