

Bewerbung für Weiterbildung (bitte ankreuzen):*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Intensivpflege und Anästhesie
<input type="checkbox"/> Pflege für den Operationsdienst
<input type="checkbox"/> Psychiatrische Pflege
<input type="checkbox"/> Notfallpflege
<input type="checkbox"/> Pflege in der Onkologie
<input type="checkbox"/> Palliative Care | <input type="checkbox"/> Pflegeexpert*in Demenz & Delir
<input type="checkbox"/> Pflegeexpert*in in der Neurologie
<input type="checkbox"/> Pflegeexpert*in im Schmerzmanagement
<input type="checkbox"/> Qualifizierung Praxisanleitung
<input type="checkbox"/> Qualifizierung - Spezielle Pflege Stroke Unit |
|--|---|

Lehrgangsbeginn:* _____

Name/ Vorname/ Geburtsname:* _____

Geburtsdatum:* _____ **Geburtsort:*** _____

Private E-Mail-Adresse:* _____

Telefon/ Handy-Nr.:* _____

PLZ, Ort, Straße:* _____

**Name und
Rechnungsanschrift
des Arbeitgebers:*** _____

Berufserlaubnis als: * _____

Erforderliche Anlage: * **Berufsurkunde**

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

Tätigkeit in der:	Monate	Tätigkeit in der:	Monate
<input type="checkbox"/> Intensiv <u>therapie</u>		<input type="checkbox"/> Onkologischen Pflege	
<input type="checkbox"/> Anästhesie		<input type="checkbox"/> Notaufnahme	
<input type="checkbox"/> Operationsdienst		<input type="checkbox"/> Stroke Unit	
<input type="checkbox"/> Intermediate Care		<input type="checkbox"/> Psychiatrischen Pflege	

Beschäftigung in Vollzeit: Ja **Beschäftigung in Teilzeit mit** _____ %

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

Unterschrift: _____

Vermerk der Pflegedienstleitung*		
Die Bewerbung (mit Kostenübernahme) wird	<input type="checkbox"/> befürwortet	<input type="checkbox"/> nicht befürwortet
Name/ Unterschrift der Pflegedienstleitung: _____		

* = Pflichtangaben, ohne die ihre Bewerbung nicht zeitnah bearbeitet werden kann!