

Anmeldeformular

Privatperson*

via Einrichtung

Übergangsregelung zur Erlangung des Zertifikats „DMGP Fachkrankenpflege Paraplegiologie“

Name:	
Vorname:	
Geb. Datum:	
Adresse privat: Str.:	
PLZ Ort:	
Tel:	
Email:	
Ausbildungsabschluss/Bezeichnung:	
Datum des Ausbildungsabschlusses	
Ausbildungsstätte	
Beschäftigung im Querschnittbereich von bis	
Funktion	
Arbeitspensum /Beschäftigungsgrad	
Arbeitgeber	
Beschäftigung im Querschnittbereich von bis	
Funktion	
Arbeitspensum /Beschäftigungsgrad	
Arbeitgeber	

* Bei Anmeldung als Privatperson müssen folgende Nachweise als Kopie dem Antrag beigelegt werden:

- Ausbildung Zeugnis
- Beschäftigungsgrad und Zeit vom Arbeitgeber bestätigt oder mit Zeugnissen
- Fort- bzw. Weiterbildungen

Name Antragssteller/in:

Besuchte Fortbildung/Weiterbildung zur Thematik Querschnittlähmung (letzte 5 Jahre)		
Datum von - bis	Stundenanzahl	Inhalte

Besuchte Fort- und/oder Weiterbildungen/Veranstaltungen zur Sozial,- und Methodenkompetenz in den letzten 5 Jahren		
Datum		Inhalte

Unterschrift AntragsstellerIn	Datum:	Unterschrift:
Unterschrift Pflegedienstleitung/ Pflegedirektor/In (1)	Datum:	Unterschrift:

- (1) Mit der Unterschrift bestätigt die Pflegedienstleitung, der/die PflegedirektorIn, dass:
- die Aus- und Fort,- bzw. Weiterbildungsnachweise vorliegen.
 - dass die Pflegeperson als Fachkrankenpflegeperson Paraplegiologie geeignet ist (im Hinblick auf Fach-, Sozial und Methodenkompetenz)

Achtung Bei Anmeldung als Privatperson müssen folgende Nachweise als Kopie dem Antrag beigelegt werden:

- Ausbildung Zeugnis
- Beschäftigungsgrad und Zeit vom Arbeitgeber bestätigt oder mit Zeugnissen
- Fort- bzw. Weiterbildungen