

An:  
**Palliative-Praxis-Schulung**  
**Schw. Doreén Knopf**  
Zollerstr. 5  
D - 87672 Roßhaupten



**Palliative-Praxis-Schulung.de**

**Mehr WISSEN -  
für eine bessere PRAXIS**  
und Lebensqualität in allen Lebensphasen.



## FRAGEBOGEN FÜR DEN QUALIFIZIERUNGSKURS PALLIATIVE CARE (160 UE)

Bitte senden Sie diesen Fragebogen ausgefüllt und zusammen mit den weiteren Bewerbungsunterlagen an die oben genannte Adresse.

### WARUM DIESER FRAGEBOGEN?

Für die Palliative-Care-Kurse gibt es z.T. mehr Anfragen, als freie Teilnahmeplätze (durch die Teilnehmerzahl-Beschränkung). Deshalb hängt die Zusage für Ihre Teilnahmemöglichkeit ggf. von der Reihenfolge der Bewerbungseingänge und weiterer Kriterien ab, die berücksichtigt werden, wie z.B. Arbeitsschwerpunkte der Bewerber/innen etc. Auch für die Zertifizierung / Zertifikate des Qualifizierungskurses durch die DGP sind einige der Angaben zwingend erforderlich.

Veranstalter / Institution der Fachweiterbildungsmaßnahme

Kursnummer / Ort der Schulung

### Adresse / Daten: Teilnehmer/in für Fachweiterbildung Palliative Care

Frau      Herr      Titel

Name

Kurstermine  
Blockwoche  
1-4  
von/bis

FON

Vorname

Mobil

Straße / Nr.

FAX

PLZ / Ort

E-Mail

Geburtsort

Geb.Dat.

### Rechnungsadresse (falls von obiger Adresse abweichend).

Institution

Straße / Nr.

Name/Vorname

PLZ / Ort

E-Mail

FON

Berufliche Qualifikation (Examen)

Jahre Berufserfahrung  
(mind. 2 Jahre)

Anteil an Fachkräften in  
Ihrer Einrichtung in %

Derzeitiger Tätigkeitsschwerpunkt

Künftiger Tätigkeitsschwerpunkt

**IHR WEG:** Bitte beschreiben Sie kurz ihren beruflichen Werdegang

**IHRE MOTIVATION:** Warum möchten Sie an diesem Qualifizierungskurs PALLIATIVE CARE teilnehmen?

**IHRE VISION:** Bitte beschreiben Sie, welche Umsetzungsmöglichkeiten Sie in Ihrer weiteren, beruflichen Praxis für das Palliative-Care-Konzept sehen.

**CHECKLISTE für die Vollständigkeit Ihrer Bewerbungsunterlagen** - Diesem Fragebogen sind noch folgende Dokumente beigelegt:

Bewerbungsschreiben

Lebenslauf mit Lichtbild

Berechtigung zur Führung der Berufsbezeichnung

#### **EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNGEN**

Ich bin hiermit darüber informiert und einverstanden, dass für den schnelleren, internen Austausch der Kursteilnehmer/innen eine eigene WhatsApp-Gruppe erstellt wird. Falls gewünscht, kann ich mich jederzeit aus dieser Gruppe wieder entfernen/löschen (lassen).

Mit der Speicherung und Verarbeitung meiner Daten (gemäß DSGVO) bin ich einverstanden.

Ich bin hiermit informiert, dass ein Anmelde-Rücktritt von der Kursteilnahme immer schriftlich erfolgen muss und akzeptiere folgende Stornierungsgebühren, bezogen auf die gesamte Kursgebühr:

> bis 4 Wochen vor Kursbeginn: 30 % der Kursgebühr

> bis 14 Tage vor Kursbeginn: 50 % der Kursgebühr

> bis 7 Tage vor Kursbeginn: 75 % der Kursgebühr

> 0 bis 6 Tage vor Kursbeginn, bei Nichterscheinen am Kursbeginn (keiner Teilnahme): 100 % der Kursgebühr.

Maßgeblich ist der Eingang der schriftlichen Rücktrittserklärung z.B. per Post oder E-Mail. Die Benennung einer geeigneten Ersatzperson ist nach Absprache möglich. (Eine Erkrankung erfordert ein ärztliches Attest und gilt nicht als automatisch als Rücktritt, sofern die Kursteilnahme angetreten wird und Fehltage nachgeholt werden.)

Ort / Datum / Unterschrift