

# Weiterbildungskurs Palliative Care mit 160 Unterrichtsstunden

Wir bitten Sie, diesen Fragebogen ausgefüllt an uns zurück zu senden.  
Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.  
**Bitte deutlich schreiben!**

**Name:** ..... **Vorname:** ..... **Geb.Dat.**.....

Geburtsort: .....

**Privatanschrift**

Straße: .....

PLZ/Ort: .....

Tel.: .....

E-Mail .....

**Dienstanschrift Anstellungsträger**

.....

**Ansprechpartner - Name Vorname**

.....

.....  
Straße:

.....  
PLZ/Ort:

.....  
Tel.:

**Rechnung**

Privat

Dienst

**Rechnungsanschrift falls sie von der Dienstanschrift abweicht**

Name: .....

Straße:.....

PLZ/Ort.....

Tel.: .....

---

Beruf/Funktion

---

Berufserfahrung (in Jahren)

---

Derzeitiger Tätigkeitsschwerpunkt

---

Zukünftiger Tätigkeitsschwerpunkt

Bitte wenden!

*Bitte geben Sie den Anteil an Fachkräften für Palliative Care in Ihrer Einrichtung/Abteilung an.*

%

*Bitte beschreiben Sie kurz Ihren beruflichen Werdegang.*

*Bitte nennen Sie Ihre Gründe für die Teilnahme an diesem Qualifizierungskurs.*

*Bitte beschreiben Sie, welche Umsetzungsmöglichkeiten des Konzeptes Palliative Care Sie in Ihrer weiteren beruflichen Praxis sehen.*

*Datum*

*Unterschrift*