

Qualifizierungskurs Palliative Care

Wir bitten Sie, diesen Fragebogen ausgefüllt an uns zurück zu senden. Da wir mehr Anfragen als Teilnehmerplätze für unsere Palliative Care Kurse haben, werden wir sowohl den zeitlichen Eingang als auch Ihren Arbeitsschwerpunkt für unsere endgültige Zusage berücksichtigen. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Vorname, Name

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Beruf/Funktion

Berufserfahrung (in Jahren)

Derzeitiger Tätigkeitsschwerpunkt

Zukünftiger Tätigkeitsschwerpunkt

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