APPH Ruhrgebiet

Akademie für Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit Ruhrgebiet

Qualifizierungskurs Palliative Care

Wir bitten Sie, diesen Fragebogen ausgefüllt an uns zurück zu senden.

Vorname, Name _____

Geburtsdatum _____ **Geburtsort** _____

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.

Bitte füllen Sie den Fragebogen persönlich aus und fügen Sie diesen zusammen mit einem kurzen tabellarischen Lebenslauf, einem Passfoto und einer Kopie Ihres Examens Ihrer Anmeldung bei.