



MITGLIEDSNUMMER _____ GEBURTSTAG _____ NACHNAME _____

INFORMATIONEN ZU IHRER BERUFSQUALIFIKATION.

Bitte entsprechend ankreuzen bzw. beschreiben. Mehrfachnennungen sind möglich.

IN RHEINLAND-PFALZ STAATLICH ANERKANNTE WEITERBILDUNGEN

- ☐ Intensivpflege incl. Anästhesie und Dialyse
- ☐ Pädiatrische Intensivpflege
- ☐ Fachpflege für operative Funktionsbereiche incl. Endoskopie und Ambulanzen
- ☐ Fachpflege für Krankenhaushygiene
- ☐ Psychiatrische Pflege
- ☐ Ambulante Pflege
- ☐ Management: Pflege- oder Funktionseinheit im Gesundheitswesen und in der Altenpflege
- ☐ Pflegedienstleitung Pädagogik: Lehrer/in für Pflegeberufe; Praxisanleitung
- ☐ Diabetesberater/in

SONSTIGE BISHERIGE WEITERBILDUNGEN

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Basale Stimulation | ☐ Pain Nurse | ☐ Sonstige Weiterbildungen ab 20 Stunden |
| ☐ Bobath | ☐ Palliativversorgung/Hospiz | |
| ☐ Breast Care Nurse | ☐ Pflegebegutachtung | |
| ☐ Case Management | ☐ Pflegeberater SGB XI | |
| ☐ Geriatrie/Gerontologie/Gerontopsychiatrie | ☐ Psychosomatik | |
| ☐ Heimleitung | ☐ Qualitätsmanagement | |
| ☐ Hygiene | ☐ Rehabilitation/Langzeitpflege | |
| ☐ Kinästhetik | ☐ Sozialpsychiatrische Betreuung | |
| ☐ Nephrologie | ☐ Strahlenschutz | |
| ☐ Notfallpflege | ☐ Wundmanagement | |
| ☐ Onkologie | | |

HOCHSCHULQUALIFIKATION

	Diplom	Bachelor	Master	
Management _____	☐	☐	☐	
Pädagogik _____	☐	☐	☐	
Pflegewissenschaft _____	☐	☐	☐	
Pflegeexpertise _____	☐	☐	☐	☐ Promotion
Grundständig _____	☐	☐	☐	☐ Habilitation
pflegeberufsausbildende Studiengänge				

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben. Mir ist bekannt, dass ich alle eintretenden Veränderungen zeitnah mitzuteilen habe.

Eigenhändige Unterschrift

Name in Druckbuchstaben

Ort/Datum