



# TEILNAHMEBESCHEINIGUNG

## SEMINAR, WORKSHOP, KURS

Zur Anerkennung von Fortbildungspunkten gemäß der Fortbildungsordnung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz, Anlage 1 Ziffer 2, bescheinigen wir:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Mitgliedsnummer

hat in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ an folgender Fortbildung teilgenommen:

\_\_\_\_\_  
Name der Fortbildung

Gesamtdauer: \_\_\_\_\_ Einheiten à 45 Minuten

Fortbildungsinhalte:

Gemäß Anlage 1 Ziffer 1b der Fortbildungsordnung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz weist die absolvierte Fortbildung den Hauptschwerpunkt in nachfolgender Klasse auf (bitte nur 1 Kreuz setzen):

- |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>AKTEURINNENBEZUG</b><br>z. B. zum Selbst, zum Team, zur Organisation                                                                | <input type="checkbox"/> <b>PFLEGEPHÄNOMENE</b><br>z. B. Mundgesundheit, Verwirrtheit, Selbstwirksamkeit                                  |
| <input type="checkbox"/> <b>BERUFSSITUATION</b><br>z. B. zur Professions- und Berufsfeldentwicklung,<br>zu interdisziplinären Aspekten                          | <input type="checkbox"/> <b>SPEZIFISCHE PFLEGESITUATION</b><br>z. B. instabile komplexe Pflege, Edukation, Anleitung<br>(in der Pflege)   |
| <input type="checkbox"/> <b> Globale Gesundheit</b><br>z. B. Ernährung, Klimawandel, Pandemien                                                                  | <input type="checkbox"/> <b>SYSTEM- BZW. FUNKTIONSEBENE</b><br>z. B. Bildung, Management, Forschung                                       |
| <input type="checkbox"/> <b>PFLEGEFELDER</b><br>z. B. ambulante psychiatrische Tagespflege,<br>gerontopsychiatrische Akutpflege, ambulante<br>palliative Pflege | <input type="checkbox"/> <b>ZIELGRUPPE</b><br>z. B. Jugendliche, Familien mit besonderen Problem-<br>konstellationen, Menschen mit Demenz |



Die Fortbildung hat in nachfolgendem Lernformat stattgefunden:

**IN PRÄSENZ**

---

**DIGITAL/ LIVE-ONLINE-UNTERRICHT**

---

**HYBRID**

---

---

Name des Fortbildungsanbieters

---

Anschrift

---

Ort, Datum

---

Unterschrift, Stempel