



TEILNAHMEBESCHEINIGUNG

KURZFORTBILDUNG IM EIGENEN PRAXISFELD

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

Name, Vorname

Geburtsdatum

Mitgliedsnummer

Hat am _____ an einer Kurzfortbildung im eigenen Praxisfeld teilgenommen.

Name der Kurzfortbildung

Gesamtdauer: 1 Einheit à 30 Minuten zuzügl. 15 Minuten Vor-/Nachbereitung

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

Name des Arbeitgebers

Name der unterzeichnenden Person

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel