



1 Mitgliedsnummer

Geburtstag



**Info zu Ihrer Berufsqualifikation – bitte entsprechend ankreuzen bzw. beschreiben**

Mehrfachnennungen sind möglich.

**In Rheinland-Pfalz staatlich anerkannte Weiterbildungen**

- 44  Intensivpflege incl. Anästhesie und Dialyse
- 45  Pädiatrische Intensivpflege
- 46  Fachpflege für operative Funktionsbereiche incl. Endoskopie und Ambulanzen
- 47  Fachpflege für Krankenhaushygiene
- 48  Psychiatrische Pflege
- 49  Ambulante Pflege
- 50  Management: Pflege- oder Funktionseinheit im Gesundheitswesen und in der Altenpflege; Pflegedienstleitung
- 51  Pädagogik: Lehrer/in für Pflegeberufe; Praxisanleitung
- 52  Diabetesberater/in

**Sonstige bisherige Weiterbildungen**

- 53  Basale Stimulation
- 54  Bobath
- 55  Breast Care Nurse
- 56  Case Management
- 57  Geriatrie/Gerontologie/Gerontopsychiatrie
- 58  Heimleitung
- 59  Hygiene
- 60  Kinästhetik
- 61  Nephrologie
- 62  Notfallpflege
- 63  Onkologie
- 64  Pain Nurse
- 65  Palliativversorgung/Hospiz
- 66  Pflegebegutachtung
- 67  Pflegeberater SGB XI
- 68  Psychosomatik
- 69  Qualitätsmanagement
- 70  Rehabilitation/Langzeitpflege
- 71  Sozialpsychiatrische Betreuung
- 72  Strahlenschutz
- 73  Wundmanagement
- 74  Sonstige Weiterbildungen ab 20 Std. \_\_\_\_\_

**Hochschulqualifikation**

	Diplom	Bachelor	Master
75 Management	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76 Pädagogik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77 Pflegewissenschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78 Pflegeexpertise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79 Grundständig pflegeberufsausbildende Studiengänge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80 <input type="checkbox"/> Promotion			
81 <input type="checkbox"/> Habilitation			

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

\_\_\_\_\_  
Eigenhändige Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

ERSTERHEBUNG - BITTE AUSFÜLLEN UND ZURÜCKSENDEN !!!!!