

ANMELDEFORMULAR FÜR PALLIATIVE CARE KURSE

Anmeldemöglichkeiten

- + per E-Mail: info@palliativakademie-dresden.de
- + per Fax: 03 51 / 44 40 60 2999
- + per Post: Akademie für Palliativmedizin und Hospizarbeit,
Georg-Nerlich-Str. 2, 01307 Dresden

Telefonnummer für Fragen: 03 51 / 44 40-2902

Verbindliche Anmeldung für den Kurs

Kurstitel:* _____

Kurszeitraum:* _____

TeilnehmerIn

Titel: _____

Vor- und Zuname:* _____

Geburtsdatum/-ort:*¹ _____

¹ Für die eindeutige Zuordnung der Teilnahmebescheinigung zu einer Person sind die Angabe von Geburtsdatum und Geburtsort erforderlich.

Private Adressdaten

Straße: _____

PLZ und Ort: _____

Mobil/Telefon*², Fax: _____

E-Mail:*³ _____

² Mobiltelefon: Sie erhalten Kursinformationen und Kursunterlagen über unsere Lernplattform. Benutzername und Passwort werden Ihnen aus Datenschutzgründen auf zwei verschiedenen Kanälen zugesandt. Der Versand des Passwortes erfolgt per SMS. Eine Angabe einer Mobilfunknummer ist daher erforderlich.

³ E-Mail für den Versand von Kursinformationen und Zugangsinformationen zur Lernplattform.

Adresse der Einrichtung oder der Praxis

Name:* _____

Funktion/ Station:* _____

Straße: _____

PLZ und Ort: _____

Telefon, Fax: _____

E-Mail: _____

Die Kursgebühren werden finanziert von

Rechnungsempfänger:* _____

E-Mail:.*4 _____

Straße:* _____

PLZ und Ort:* _____

⁴ Die E-Mail-Adresse wird für den digitalen Rechnungsversand benötigt.

Die Stornierung der Anmeldung ist bis zum Ablauf der Anmeldefrist kostenfrei möglich.

Sie bedarf der Schriftform. Bei späterer Absage wird der Rechnungsbetrag als Ausfallgebühr in voller Höhe fällig, wenn kein Ersatzteilnehmer benannt bzw. der Platz nicht besetzt werden kann. Es gelten im Übrigen die [Allgemeinen Teilnahmebedingungen](#) der Akademie.

Nur für Kurs Palliative Care in der Ergotherapie

Mitglied BED* .. ja .. nein

Berufsbezeichnung: *

(laut Abschlussurkunde o.ä.) _____

HINWEIS: Bitte senden Sie uns mit Ihrer Anmeldung eine **Kopie Ihrer Berufsurkunde** zu (falls uns diese noch nicht vorliegt). Vielen Dank.

Haben Sie in Ihrer jetzigen Tätigkeit Praxisbezug zur Betreuung von chronisch bzw. terminal erkrankten und sterbenden Menschen? *

.. ja .. nein

derzeitiger Tätigkeitsbereich*:

- .. Krankenhaus (nicht Palliativstation)
- .. Ambulanter Pflegedienst
- .. Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung
- .. Palliativstation
- .. Stationäres Hospiz
- .. Sonstige: _____
- .. Stationäre Altenpflege
- .. Intensivpflegeeinrichtung
- .. Ambulanter Palliativpflegedienst
- .. Palliativdienst im Krankenhaus
- .. Ambulanter Hospizdienst

Seit wann sind Sie in diesem Bereich tätig? *

Warum möchten Sie an diesem Kurs teilnehmen? (Motivation)*

Welche Erwartungen haben Sie an den Kurs? *

Welche Befürchtungen haben Sie bzgl. des Kurses?

An welchen Fortbildungsmaßnahmen in Ihrem Bereich haben Sie bereits teilgenommen?

Weil wir in diesem Kurs auch mit Selbsterfahrungselementen arbeiten, möchten wir Sie bitten uns mitzuteilen, welche schwere(n) Verlusterfahrung(en) Sie in den vergangenen Jahren im Freundes- oder Familienkreis durchlebt haben, damit wir dies berücksichtigen können. * (beantworten sofern zutreffend)

Wie haben Sie von diesem Kurs erfahren?

Internet

- .. Homepage APHD
- .. Ärztekammer
- .. DGP
- .. Sonstige: _____

Printmaterial

- .. Programmheft
- .. Flyer
- .. Fachzeitschrift für Ärzte
- .. Fachzeitschrift für Pflegende
- .. Sonstige: _____

Arbeitgeber

- .. Ärztlicher Direktor/in
- .. Chefarzt/in
- .. Pflegedienstleitung
- .. Stationsleitung
- .. Intranet
- .. Auslage im Krankenhaus
- .. Sonstige: _____

Weiteres

- .. Information per E-Mail von APHD
- .. Ich habe bereits in der Vergangenheit einen Kurs in der APHD absolviert und mich direkt informiert
- .. Sonstiges (Bekannte/Kollegen, Verbände, Kongresse,...):

Möchten Sie über weitere Weiterbildungsangebote unserer Einrichtung informiert werden?

- .. ja .. nein

Sie können Ihre Einwilligungen jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt hiervon unberührt.

.....
Datum

.....
Unterschrift Teilnehmer/-in

.....
Datum

.....
Zahlungspflichtige/-r in Druckbuchstaben, Unterschrift

Formular

Verpflichtung zur Vertraulichkeit

Teilnehmer/in

(Vor- und Zuname)

Die Teilnehmer/Teilnehmerinnen der Weiterbildung verpflichten sich, im Rahmen der o.g. Weiterbildung die Vertraulichkeit zu wahren. Dies umfasst insbesondere folgende Punkte:

1. Persönliche Erfahrungen, Einstellungen und Empfindungen, die von Teilnehmern /Teilnehmerinnen geäußert werden, dürfen nicht nach außen getragen werden. Es gilt der geschützte Raum.
2. Bildmaterial von Patienten/Patientinnen wird anonymisiert verwandt und dient ausdrücklich nur dem Zweck der Ausbildung. Eventuelles Erkennen von gezeigten Personen und Geschichten sollte nicht geäußert werden und unterliegt der Verschwiegenheitspflicht.
3. Es ist nicht zulässig, gezeigtes Bildmaterial in irgendeiner Form zu kopieren, zu speichern (auch das Erstellen von Screenshots oder das Abfilmen über die Anwendung Zoom ist untersagt) oder an Dritte weiterzuleiten bzw. anderen verfügbar zu machen.

Der/die Teilnehmer/in verpflichtet sich, die Vertraulichkeit wie oben beschrieben zu wahren.

.....
Ort und Datum der Verpflichtung

.....
Unterschrift der/des Verpflichteten