Palliative Care

Anmeldung zum Fortbildungskurs für Pflegende 2017/2018

bitte zurücksenden an:

Sektion für Palliativmedizin
Marienhaus Klinikum Saarlouis-Dillingen
Kapuzinerstr.4
66740 Saarlouis

Name:	**Geb.datum:** **Geb.ort:**
Adresse:	**Tel.:** **E-mail:**
Ausbildung/Qualifikation:	**Berufserfahrung seit:**

Haben Sie in Ihrer jetzigen Tätigkeit **Praxisbezug zur Pflege Sterbender**?

☐ ja ☐ nein

Wenn „ja“, bitte die Art der Einrichtung ankreuzen:

☐ Palliativstation ☐ Hospiz ☐ amb.Hospiz-/Palliativdienst
☐ Krankenhaus ☐ Pflegeheim ☐ amb.Pflegedienst

Warum möchten Sie am **Palliative Care Kurs** teilnehmen?

……
……
……
……
……
……

Weil wir in diesem Kurs auch mit Selbsterfahrungselementen arbeiten, möchten wir Sie bitten uns mitzuteilen, ob Sie in der vergangenen Zeit eine schwere Verlusterfahrung durchlebt haben oder eine eigene Betroffenheit mitbringen, damit wir dies berücksichtigen können.

……
……
……

Rechnungsadresse (falls abweichend)

……
……
……

Ort, Datum **Unterschrift**