

# BEWERBUNGSFORMULAR

## Anmeldemöglichkeiten

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

Telefonnummer für Fragen: 03 51 / 44 40-2902

## Ich bewerbe mich verbindlich für folgenden Kurs

Kurstitel: **Pädiatrische Palliative Care**

Kursleitung: Dr. Maria Janisch, Christian-Martin Müller

Ärztliche Leitung: Dr. med. Renate Bergert

Kurszeitraum:\* \_\_\_\_\_

Für das Auswahlverfahren senden Sie uns bitte zusammen mit dieser Selbstauskunft ein *Motivationsschreiben*, Ihren *beruflichen Lebenslauf* sowie eine *Kopie Ihres Berufsnachweises* für die Teilnahme am Kurs zu.

## Teilnehmer/-in

Titel: \_\_\_\_\_

Vor- und Zuname:\* \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/-ort:\*<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Bitte beachten Sie: Eine Teilnahmebescheinigung muss eindeutig einer Person zuordenbar sein, daher ist die Angabe von Geburtsdatum und -ort notwendig

## Private Adressdaten

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

Mobil/Telefon\*<sup>2</sup>, Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail:\*<sup>3</sup> \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> Mobil/Telefon: Ab 2023 erhalten Sie Kursinformationen und Kursunterlagen über unsere Lernplattform. Benutzernamen und Passwörter werden Ihnen aus Datenschutzgründen auf zwei verschiedenen Kanälen zugesandt. Der Versand des Passwortes erfolgt per SMS. Eine Angabe einer Mobilfunknummer ist daher erforderlich.

<sup>3</sup> E-Mail: für Versand Kursinformationen, Zugangsinformationen Lernplattform usw.

**Berufsausbildung:\*** \_\_\_\_\_  
(Bitte Kopie Ihres Berufsnachweises beifügen!)

**Berufsbezeichnung:\*** \_\_\_\_\_

**Funktion / derzeitiger  
Tätigkeitsbereich:\*** \_\_\_\_\_

**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: \* \_\_\_\_\_

<sup>4</sup> Die E-Mail Adresse wird für den digitalen Rechnungsversand benötigt.

Die Entscheidung über die Teilnahme erhalten Sie von uns schriftlich bis spätestens 30.09. des Vorjahres. Die Stornierung der Anmeldung ist bis zum 15.11. des Vorjahres 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.

**Anfrage Unterkunft im Gästezimmer der Akademie**

**Gästezimmer:**             ja                     nein

Ab dem 01.07.2024  
stehen unsere  
Gästezimmer NICHT  
mehr zur Verfügung!

Anreise am: \_\_\_\_\_

Abreise am: \_\_\_\_\_

In unserem Gästeresort stehen insgesamt 7 Einzelzimmer und 2 Doppelzimmer zur Verfügung. Eine Übernachtung kostet im Einzelzimmer 40,00 € und im Doppelzimmer 72,00 € (jeweils inkl. MwSt., ohne Frühstück).

**Die Zimmer können nur nach Verfügbarkeit gebucht werden. Eine Reservierung ist erst nach Bestätigung durch die Akademie für Palliativmedizin und Hospizarbeit verbindlich!** Es besteht die Möglichkeit das Frühstück und Mittagessen in der Cafeteria einzunehmen.

Es gelten die [Allgemeinen Geschäftsbedingungen für Gästezimmer](#) der Akademie.

\* Pflichtangaben

## 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,...): .....

## Einwilligung zur Unterrichtung über weitere Angebote

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