

Anmeldung für eine Fachweiterbildung

nach Sächsischem Weiterbildungsgesetz

- Intensivpflege und Anästhesie im Erwachsenenbereich**
- Notfallpflege (2jährig)**
- Notfallpflege (1jährig)**

nach Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)

- Intermediate Care Pflege**

Daten des Teilnehmers

Name/Vorname: _____

Anschrift: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

- Selbstzahler

Daten des Arbeitgebers

Arbeitgeber: _____

Kontaktperson: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Anschrift: _____

- Delegation und Kostenübernahme des Arbeitgebers**

Tätigkeitsnachweis

- mindestens sechsmonatiger Nachweis in der **Intensivpflege** (Vollzeit)
- mindestens sechsmonatiger Nachweis in der **Anästhesiepflege** (Vollzeit)
- mindestens sechsmonatiger Nachweis in der **Notaufnahme** (Vollzeit)
- mindestens fünfjähriger Nachweis in der **Notaufnahme** (Vollzeit)
- mindestens sechsmonatiger Nachweis in der **Intermediate Care Pflege/Intensivpflege** (Vollzeit)

- Die hier angegebenen Daten, werden ausschließlich für den Zeitraum der Weiterbildung (Korrespondenz, Registrierung, etc.) gemäß den gemachten Angaben verwendet.
Die verwendete Rechtsgrundlage ist Artikel 6 Abs.1 lt. DS-GVO.

Ort, Datum

Pflegedirektion/Pflegedienstleitung/Stempel