

Anmeldung zu den Modulen zum Erwerb der Qualifikation “Nichtärztliche Praxisassistentin“

Anschrift TeilnehmerIn	Anschrift Arbeitgeber
Name, Vorname	Name, Vorname bzw. Klinik
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort
Geburtstag/Geburtsort	Telefon dienstlich
Telefon privat oder Handynummer	Telefax dienstlich
E-Mail privat	E-Mail dienstlich
<input type="checkbox"/> Den Teilnehmerbeitrag trage ich selbst <input type="checkbox"/> Den Teilnehmerbeitrag trägt mein Arbeitgeber	

Hiermit melde ich mich an:

Gesamtfortbildung (201 Stunden)

oder je nach Dauer der Berufstätigkeit

<input type="checkbox"/> A-16 Grundlagen und Rahmenbedingungen berufl. Handelns/Berufsbild (15 UE)	<input type="checkbox"/> B-8-16 Wundpflege und Wundversorgung (10 UE)
<input type="checkbox"/> B-1-16 Häufige Krankheitsbilder in der hausärztlichen Praxis (20 UE)	<input type="checkbox"/> B-9-16 Grundlagen der Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen (20 UE)
<input type="checkbox"/> B-2-16 Geriatrisches Syndrom u. Krankheitsfolgen im Alter/Diagnoseverfahren (20 UE)	<input type="checkbox"/> B-10-16 Koordination u. Organisation von Therapie- und Sozialmaßnahmen (24 UE)
<input type="checkbox"/> B-3-16 Versorgung und Betreuung von Onkologie- und Palliativpatienten (9 UE)	<input type="checkbox"/> B-11-16 Telemedizinische Grundlagen (10 UE)
<input type="checkbox"/> B-4-16 Palliativmedizinische Zusammenarbeit und Koordination (8 UE)	<input type="checkbox"/> C-1-16 Kommunikation und Gesprächsführung (8 UE)
<input type="checkbox"/> B-5-16 Psychosom. und psychosoz. Versorgung (15 UE)	<input type="checkbox"/> C-2-16 Wahrnehmung und Motivation (8 UE)
<input type="checkbox"/> B-6-16 Grundlagen der Ernährung (16 UE)	<input type="checkbox"/> C-3-16 Medizinische Dokumentation (10 UE)
<input type="checkbox"/> B-7-16 Arzneimittelversorgung (8 UE)	
<input type="checkbox"/> NFM-16 verpflichtend (20 UE)	<input type="checkbox"/> LEK-17 verpflichtend

Der Anmeldung sind folgende Anlagen beizufügen:

1. eine Fotokopie des Prüfungszeugnisses Medizinische/r Fachangestellte/r/Arzthelfer/in (oder Krankenpflege),
2. formloser Nachweis der Berufstätigkeit als Medizinische/r Fachangestellte/r/Arzthelfer/in (oder Krankenpflege),
3. der Nachweis über die erforderlichen 3 Berufsjahre in einer hausärztlichen Praxis (bitte vom Arbeitgeber formlos bestätigen lassen) sowie
4. ein Nachweis über Zusatzqualifikationen

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) für Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen der Gesundheitsakademie Kinzigtal habe ich zur Kenntnis genommen.

Mit der Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die Gesundheitsakademie Kinzigtal zum Zwecke der Kurs- und Prüfungsabwicklung sowie zu statistischen Zwecken und der Zusendung von Werbung für zukünftige Veranstaltungen bin ich einverstanden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich - gerichtet an die Gesundheitsakademie Kinzigtal - widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift TeilnehmerIn

SEPA-Mandat Einzugsermächtigung

Ich ermächtige die Gesundheitsakademie Kinzigtal **widerruflich**, die von mir zu entrichtenden Fortbildungszahlungen bei Fälligkeit einzuziehen von:

KontoinhaberIn: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Bankinstitut: _____

Datum und Unterschrift

Bitte schicken Sie beide Seiten z.Hd. Frau Janina Stunder, Gesundheitsakademie Kinzigtal, Eisenbahnstr. 17· 77756 Hausach · Fax: +49 7831 96667-199 J.Stunder@gesundes-kinzigtal.de (Tel: +49 7831 96667-404)