

**Name:**            **Vorname:**            **Geburtsdatum:**

**Name des ambulanten Hospizdienstes:**  
**Tätigkeit als:**

## **Berufliche Qualifikation**

Name der Ausbildungsstätte und des Abschlusses der beruflichen Ausbildung:

Datum des Abschlusses:

Bisherige berufliche Tätigkeit (bitte jeweils Zeitraum und Ort der Tätigkeit angeben):

## **Palliative Care Weiterbildung (160 Stunden nach dem Curriculum Palliative Care)**

Ja                             Nein

Name der Weiterbildungsstätte:

Datum des Abschlusses:

## **Koordinatorensseminar (40 Stunden)**

Ja                             Nein

Name der Weiterbildungsstätte:

Datum des Abschlusses:

## **Andere Qualifikation, die diesem Koordinatorensseminar entspricht**

Dreijährige Tätigkeit als Koordinator/in in einem Hospizdienst

Andere Aus-, Fort- oder Weiterbildung (bitte Art und Umfang mit Datum des Abschlusses exakt beschreiben):

## **Seminar zur Führungskompetenz (80 Stunden)**

Ja                             Nein

Name der Weiterbildungsstätte:

Datum des Abschlusses:

## **Andere Qualifikation, die diesem Führungsseminar entspricht**

Stationsleitungskurs

Name der Weiterbildungsstätte:

Datum des Abschlusses:

Andere Aus-, Fort- oder Weiterbildung (bitte Art und Umfang mit Datum des Abschlusses exakt beschreiben):

Wir bestätigen die Richtigkeit dieser Angaben

---

(Datum, Unterschrift der Hospizfachkraft  
Vorgesetzten)

(Datum, Unterschrift der/des