



## Anmeldebogen – Sonderausbildung

Ich ersuche um Aufnahme in die  
(bitte ankreuzen)

- Basisausbildung** in der Intensivpflege, Anästhesiepflege und Pflege bei Nierenersatztherapie  
30.01.2023 bis 02.06.2023
- Spezielle Zusatzausbildung in der Pflege bei Nierenersatztherapie**  
05.06.2023 bis 04.09.2023

\_\_\_\_\_  
Akadem. Grad vorg.      Vorname(n) lt. Geburtsurkunde      Familienname (in Blockschrift)      Akad. Grad nachg.

\_\_\_\_\_  
Straße/Gasse/Platz/Hausnummer      PLZ      Ort

**Persönliche Daten:**     männlich     weiblich     divers

Geburtsdatum:    \_\_\_\_\_    Geburtsname:    \_\_\_\_\_  
                         Tag (TT)    Monat (MM)    Jahr (JJJJ)

Geburtsort:    \_\_\_\_\_    Geburtsland:    \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit:    \_\_\_\_\_    Sozialvers.-Nr.:    \_\_\_\_\_ (4-stellig)

### Erreichbarkeit:

Telefon (privat): \_\_\_\_\_    E-Mail (privat): \_\_\_\_\_

### Derzeitiger Dienstgeber:

Krankenhaus/Institution: \_\_\_\_\_

Abteilung/Station: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon der Stationsleitung: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Rechnungsanschrift:**         private Anschrift                     derzeitiger Dienstgeber

Ansprechperson des Dienstgebers: \_\_\_\_\_

E-Mail (Rechnungsadresse): \_\_\_\_\_

**Ausbildungsinformationen:**

Berufsberechtigung am: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Anerkennung am: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Daten elektronisch gespeichert werden und zum Zweck meiner Ausbildung an Einrichtungen, an denen ich mein Praktikum versee, übermittelt werden.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Bewerbers/Bewerberin

**Zum Anmeldebogen sind folgende Unterlagen beizulegen:**

1. 1 aktuelles Passfoto (bitte das Foto oben rechts mit Büroklammer anbringen)
2. Lebenslauf (tabellarisch)
3. Motivationsschreiben
4. Amtlicher Lichtbildausweis\* (Reisepass oder Personalausweis) in Kopie
5. Berufsberechtigung für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege\* in Kopie
6. Bei Namensänderung: Nachweis über die Namensänderung\* (Heiratsurkunde, ggf. Scheidungsurkunde) in Kopie
7. Nachweis der Verleihung akademischer Grade\* (Bescheide) in Kopie
8. Infektionsschutz-Anforderung (siehe Beilage)
9. Strafregisterauszug, sofern kein aufrechtes Dienstverhältnis besteht (zum Zeitpunkt der Abgabe nicht älter als drei Monate)

**\*diese Dokumente bitte zum Informationsnachmittag am 20.10.2022 um 17:00 im Original mitbringen!**