

# ANMELDEFORMULAR FÜR AUFBAUMODULE PALLIATIVE CARE

## 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

## Verbindliche Anmeldung für den Kurs

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

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

## TeilnehmerIn

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.

**Berufsbezeichnung \*:**  
(laut Abschlussurkunde o.ä.)

**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:\***

Straße:\*

PLZ und Ort:\*

Die Stornierung der Anmeldung ist bis zum Ablauf der Anmeldefrist 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.

**Haben Sie bereits eine Basisqualifikation Palliative Care absolviert? \***

(z.B. Basiskurs und Fallseminare Palliativmedizin, Palliative Care für Pflegende, Palliative Care für psychosoziale Berufsgruppen, Palliative Care in der Physiotherapie etc.)

ja und zwar:

nein

Sind Sie an der Absolvierung des **Mildred Scheel Diploms** interessiert und möchten dazu nähere Informationen?

ja

nein

## Anfrage Unterkunft im Gästezimmer der Akademie

Gästezimmer:  ja  nein

Anreise am: .....

Abreise am: .....

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

### 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,...):

.....

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