

# ANMELDEFORMULAR FÜR PALLIATIVE CARE KURSE

## 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: \_\_\_\_\_

(sofern Teilnahmebescheinigung gewünscht)

## Private Adressdaten

Straße:\* \_\_\_\_\_

PLZ und Ort:\* \_\_\_\_\_

Mobil/Telefon\*, Fax: \_\_\_\_\_

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

(für Versand Bestätigungen, Stundenplan, Handouts usw. | Hinweis: Falls Sie unsere E-Mail nicht in Ihrem Posteingang sehen, überprüfen Sie bitte Ihren Spam Ordner.)

## 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.

## Nur für Kurs Palliative Care in der Ergotherapie

Mitglied BED  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.

**Berufsausbildung:\*** .....

**Berufsbezeichnung:\*** .....

**Haben Sie in Ihrer jetzigen Tätigkeit Praxisbezug zur Betreuung von chronisch bzw. terminal erkrankten und sterbenden Menschen?**

ja                       nein

derzeitiger Tätigkeitsbereich:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus (nicht Palliativstation)         | <input type="checkbox"/> Stationäre Altenpflege           |
| <input type="checkbox"/> Ambulanter Pflegedienst                      | <input type="checkbox"/> Intensivpflegeeinrichtung        |
| <input type="checkbox"/> Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung | <input type="checkbox"/> Ambulanter Palliativpflegedienst |
| <input type="checkbox"/> Palliativstation                             | <input type="checkbox"/> Palliativdienst im Krankenhaus   |
| <input type="checkbox"/> Stationäres Hospiz                           | <input type="checkbox"/> Ambulanter Hospizdienst          |
| <input type="checkbox"/> Sonstige:                                    |   |
- \_\_\_\_\_

**Seit wann sind Sie in diesem Bereich tätig?**

.....

**Warum möchten Sie an diesem Kurs teilnehmen? (Motivation)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

.....

**Welche Erwartungen haben Sie an den Kurs?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

.....

**Welche Befürchtungen haben Sie bzgl. des Kurses?**

---

---

---

---

---

**An welchen Fortbildungsmaßnahmen in Ihrem Bereich haben Sie bereits teilgenommen?**

---

---

---

---

---

**Weil wir in diesem Kurs auch mit Selbsterfahrungselementen arbeiten, möchten wir Sie bitten uns mitzuteilen, welche schwere(n) Verlusterfahrung(en) Sie in den vergangenen Jahren im Freundes- oder Familienkreis durchlebt haben, damit wir dies berücksichtigen können.**

---

---

---

---

---

**HINWEIS:** Bitte senden Sie uns mit Ihrer Anmeldung eine *Kopie Ihrer Berufsurkunde* zu (falls diese uns noch nicht vorliegt). Vielen Dank.

## Wie haben Sie von diesem Kurs erfahren?

### Internet

- Homepage APHD
- Ärztekammer
- DGP
- Sonstige: \_\_\_\_\_

### Printmaterial

- Flyer
- Fachzeitschrift für Ärzte
- Fachzeitschrift für Pflegende
- Sonstige: \_\_\_\_\_

### Arbeitgeber

- Ärztlicher Direktor/in
- Chefarzt/in
- Pflegedienstleitung
- Stationsleitung
- Intranet
- Auslage im Krankenhaus
- Sonstige: \_\_\_\_\_

- 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,...):  
.....

## Datenschutz

Außer der Rechnung, die Sie per Post erhalten, werden alle weiteren Informationen per E-Mail versandt.

Mir ist bekannt, dass im Zusammenhang mit meiner Kursteilnahme persönliche Daten aufgezeichnet werden, soweit dies für die Teilnahme erforderlich ist. Diese Daten zu meiner Person unterliegen dem Datenschutz gemäß den gelten Datenschutzbestimmungen. Ihre Personenbezogenen Daten werden nur von Mitarbeitern der Akademie für Palliativmedizin und Hospizarbeit Dresden GmbH sowie weiteren an der Kursdurchführung und –Zertifizierung beteiligten Personen und Einrichtungen verwendet (z. B. Kursleiter, Referenten, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Sächsische Landesärztekammer).

Zu meiner Teilnahmeregistrierung werden folgende Daten an die Sächsische Landesärztekammer (verantwortliche Stelle i. S. der DSGVO: SLÄK, Körperschaft des öffentl. Rechts, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Tel.: 0351-82670, Mail: info@slaek.de) übermittelt an die Postadresse: Titel, Name, Vorname, Barcode, (Einrichtung), Zugehörigkeit Ärztekammer.

Diese Angaben werden ausschließlich für die Teilnahmeregistrierung und Zertifikats- und Teilnahmebescheinigungserstellung verwendet und zu Nachweiszwecken grundsätzlich aufbewahrt.

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist § 6 KDG, soweit die Datenverarbeitung für die Anmeldung und Durchführung des Kurses erforderlich ist. Wenn Sie uns darüber hinaus Unterlagen überlassen, die für die Kursteilnahme nicht zwingend erforderlich sind, beruht die Verarbeitung dieser freiwilligen Daten auf Ihrer Einwilligung.

Weitere Informationen zu unserer Datenverarbeitung, insb. auch zu Ihren Rechten auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, auf Datenübertragbarkeit sowie auf Widerspruch in die Datenverarbeitung finden Sie in unserer Datenschutzerklärung auf unserer Website unter <https://www.palliativakademie-dresden.de/datenschutz.htm> oder werden Ihnen auf Wunsch gern zugesandt.

Die Informationen zur Datenverarbeitung habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich willige in die Verarbeitung der von mir zur Verfügung gestellten personenbezogenen freiwilligen Daten nach Maßgabe der Datenschutzbestimmungen der Akademie ein:

ja                       nein

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

-----  
Unterschrift Zahlungspflichtige/-r