

Interprofessioneller Palliative Care Basislehrgang 2025|26

ANMELDUNG/BEWERBUNG

Wir bitten Sie, dieses Formular am Computer auszufüllen.

Titel/Name	Vorname
Straße	PLZ/Ort
Tel. (privat)	E-Mail
Geburtsort/Datum	Beruf

Dienstort und Funktion (bitte genau angeben: Hauskrankenpflege, Wohn- und Pflegeheim, Krankenhaus, Palliativstation ...)

Beschäftigt:	Teilzeit	Vollzeit (bitte ankreuzen)
Berufserfahrung: Jahre	
Berufserfahrung in Palliative Care:	Ja, seit Jahren	Nein (bitte ankreuzen)

Aus- bzw. Weiterbildung/en:**Was motiviert Sie, diesen Lehrgang zu besuchen?****Sie haben von diesem Lehrgang erfahren durch**

Prospekt	Broschüre „Bildungsprogramm der Tiroler Hospiz-Gemeinschaft“
Kolleg*innen	Medienbericht
Ihre/n Arbeitgeber*in	Sonstige:

(Wir freuen uns, wenn Sie mit Ihrer Anmeldung auch das ausgefüllte Formular „Interessen und Lernziele“ mitschicken.)

**Sie erhalten im November 2024 eine Verständigung,
ob Sie in den Lehrgang aufgenommen werden oder nicht.**