

**Interprofessioneller Basislehrgang Palliative Care  
2018 / 19**

**ANMELDEBOGEN**

Wir bitten Sie, den ausgefüllten Anmeldebogen zusammen mit einem **tabellarischen Lebenslauf** an: Caritas-Akademie, Grabenstraße 39, 8010 Graz zurück zu senden. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Bitte  
Photo  
aufkleben

**1. Angaben zur Person**

.....  
*(Titel) Vor und Nachname*

.....  
*Geb.Datum*

.....  
*Geburtsort*

**Anschrift:**

.....  
*Straße / Nr. / Plz. / Ort*

.....  
*e-mail*

.....  
*Tel. Nr.*

**Anstellung:**

.....  
*Beruf*

.....  
*Berufserfahrung in Jahren*

.....  
*Dienstadresse:*

.....  
*Organisation / Einrichtung*

.....  
*Straße / Nr. / Plz. / Ort*

**2. Bitte nennen Sie Ihre Gründe für die Teilnahme an diesem Lehrgang.**

**3. Haben Sie bereits Erfahrungen mit der Begleitung und Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen, wenn ja in welchem Zusammenhang?**

**4. Welche Erwartungen haben Sie an den Lehrgang?**

**5. Bitte beschreiben Sie, welche Umsetzungsmöglichkeiten von Palliative Care Sie in Ihrer weiteren (beruflichen) Praxis sehen.**

## 6. Organisatorisches

### Einführungstag

Bitte kreuzen Sie an, welche Option für Sie zutrifft:

- Ich werde am verbindlichen Einführungs-Workshop am 17. Mai 2018 von 14:30 bis 16:00 im Paulinum der Caritas Steiermark (Grabenstraße 39, 8010 Graz) teilnehmen.*
- Ich kann am verbindlichen Einführungs-Workshop am 17. Mai 2018 nicht teilnehmen. Bitte informieren Sie mich über den Ersatztermin im September 2018.*

### Lehrgangskosten

Bitte geben Sie an, wie der Kursbeitrag in der Höhe von € 2.240,- verrechnet werden soll (zutreffendes ankreuzen)

- Zur Gänze vor Kursbeginn (die Rechnung wird an unten angeführte Adresse zugestellt)
- In zwei Semesterbeträgen zu je € 1.120,- vor Beginn des ersten und vor Beginn des dritten Ausbildungsblockes (die Rechnungen werden an unten angeführte Adresse zugestellt).

Bitte geben Sie an, an welche Rechnungsadresse die Rechnung(en) über die Kurskosten zugesendet werden sollen. Im Falle der Übernahme der Kosten durch Ihren Arbeitgeber: **BITTE ERFRAGEN SIE DIE KORREKTE RECHNUNGSANSCHRIFT!**

Name/Organisation: .....

.....

Straße, Hausnr.: .....

PLZ, Ort: .....

Anmerkungen:

### **Bitte Beachten Sie:**

Die TeilnehmerInnenzahl des Lehrganges ist begrenzt und aus inhaltlichen Gründen wird auf eine interprofessionelle Zusammensetzung der TeilnehmerInnen geachtet. Eingehende Anmeldungen werden daher nach Beruf, einschlägige Einrichtungen (z.B. Palliativstationen) und Anmeldedatum gereiht. Über die Teilnahme entscheidet das Lehrgangsteam nach dem Einführungstag!

Sie können bis zwei Wochen vor Kursbeginn von der Anmeldung zurücktreten, ohne dass Ihnen Kosten entstehen. Danach werden die halben Kursgebühren (Abmeldung bis zum ersten Ausbildungsblock) bzw. die vollen Kursgebühren (Abmeldung ab dem ersten Tag des ersten Ausbildungsblocks) verrechnet.

.....  
**Datum**

.....  
**Unterschrift**