Institut für Gesundheitsberufe
Bildungszentrum | Klinikum Hersfeld-Rotenburg

Anmeldeformular für die Weiterbildung zur staatlich anerkannten Praxisanleiterin/zum Praxisanleiter

(gem. WPO-Pflege Hessen)

1. Angaben zur Person

Name _____ Vorname _____

Geburtsname _____ Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

Anschrift (privat) _____

Telefon _____ E-Mail _____

2. Berufsabschluss

Ich habe folgende staatlich anerkannte Ausbildung abgeschlossen:

- ☐ Pflegefachfrau / Pflegefachmann
- ☐ Gesundheits- und Krankenpfleger/-in
- ☐ Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in
- ☐ Altenpfleger/-in
- ☐ Hebamme und Entbindungspfleger
- ☐ Anästhesietechnische Assistentin/ Anästhesietechnischer Assistent
- ☐ Operationstechnische Assistentin/ Operationstechnischer Assistent

☐ Sonstiger Abschluss: _____
(bei Weiterbildungsteilnehmenden ohne staatliche Anerkennung)

Abschlussdatum: _____

Ausbildungsstätte: _____

☐ Kopie der Berufsurkunde ist beigefügt.

Institut für Gesundheitsberufe
Bildungszentrum | Klinikum Hersfeld-Rotenburg

Anmeldeformular für die Weiterbildung zur staatlich anerkannten Praxisanleiterin/zum Praxisanleiter (gem. WPO-Pflege Hessen)

3. Berufstätigkeit

Derzeit tätig als

Arbeitgeber

Anschrift Arbeitgeber

Bereich/Station

Seit (Datum)

4. Finanzierung

☐ Selbstzahler/-in

☐ Kostenübernahme durch Arbeitgeber (bitte die Vereinbarungserklärung in Kopie beifügen)

5. Erklärung

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Weiterbildung zur/zum Praxisanleiter/-in nach der gültigen Weiterbildungs- und Prüfungsordnung (WPO) des Landes Hessen an.

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind.
Die Teilnahme- und Zahlungsbedingungen erkenne ich an.

Ort, Datum

Unterschrift

6. Anlagen (bitte beifügen)

☐ Kopie der Berufsurkunde

☐ Lebenslauf

☐ ggf. Kostenübernahmeerklärung des Arbeitgebers