



**BARMHERZIGE BRÜDER
PFLEGEAKADEMIE WIEN**

Passfoto bitte mit
Büroklammer anbringen!

Anmeldebogen – Sonderausbildungen, Weiterbildungen Pflege

| | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------|
| _____ | _____ | _____ | |
| Akadem. Grad | Vorname(n) lt. Geburtsurkunde | Familiename (in Blockschrift) | |
| _____ | | _____ | _____ |
| Straße/Gasse/Platz/Hausnummer | | PLZ | Ort |
| _____ | _____ | | _____ |
| Bundesland | Telefonnummer | | E-Mail Adresse |

Ich ersuche um Aufnahme in die
(bitte ankreuzen – Mehrfachnennung möglich)

- Basisausbildung** in der Intensivpflege, Anästhesiepflege und Pflege bei Nierenersatztherapie
- Spezielle **Zusatzausbildung in der Intensivpflege**
- Spezielle **Zusatzausbildung in der Pflege bei Nierenersatztherapie**
- Weiterbildung „Onkologische Pflege“**
- Weiterbildung „Praxisanleitung“**
- Weiterbildung „Pflege auf Stroke Units“**

an der Pflegeakademie der Barmherzigen Brüder, Johannes-von-Gott-Platz 1 in 1020 Wien.

Zum Anmeldebogen sind die jeweils relevanten Unterlagen, als notariell beglaubigte Kopien*, beizulegen:

1. 1 aktuelles Passfoto (bitte oben rechts mit Büroklammer anbringen)
2. Lebenslauf
3. Geburtsurkunde*
4. Heiratsurkunde* (bei Namensänderung), ggf. Scheidungsurkunde*
5. Staatsbürgerschaftsnachweis* bei ÖsterreicherInnen, bzw. gültiger Reisepass* bei ausländischen BewerberInnen
6. Berufsberechtigung im gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege (Diplom bzw. Berufsanerkennung) bzw. Ausbildungsbestätigung der Basisausbildung*
7. Bestätigung des Dienstgebers/Selbstzahlers über die Kostenübernahme der Sonderausbildung oder Weiterbildung
8. Zusätzlich für die Weiterbildung „Praxisanleitung“: Dienstzeitbestätigungen* mit Angabe des Beschäftigungszeitraumes sowie der Wochenstunden (als Nachweis der zweijährigen Berufspraxis)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich meine Angaben wahrheitsgemäß und vollständig gemacht habe. Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Daten elektronisch gespeichert werden und zum Zweck meiner Sonderausbildung oder Weiterbildung an Einrichtungen, an denen ich mein Praktikum versee, übermittelt werden.

Ort/Datum

Unterschrift des/der Bewerbers/Bewerberin

* beglaubigte Kopie (Eine Beglaubigung ist möglich beim Notar und Bezirksgericht).

Persönliche Daten: männlich weiblich

Geburtsdatum: _____
Tag (TT) Monat (MM) Jahr (JJJJ)

Geburtsname: _____

Geburtsort: _____

Geburtsland: _____

Staatsbürgerschaft: _____

Sozialvers.-Nr.: _____ (4-stellig)

Religionsbekenntnis: _____

Muttersprache: _____

Familienstand: ledig verheiratet geschieden

Erreichbarkeit:

Mobitel.: _____ Festnetz-Nr.: _____

E-Mail (privat): _____ Homepage: _____

Dienstgeber:

Krankenhaus/Einrichtung: _____

Abteilung/Station: _____

Straße, HsNr.: _____

PLZ, Ort: _____

Name d. Stationsleitung: _____
(Titel, Vor- und ZUNAME)

Tel. d. Stationsleitung: _____

E-Mail d. Stationsleitung: _____

Name d. Pflegedienstleitung: _____
(Titel, Vor- und ZUNAME)

Tel. d. Pflegedienstleitung: _____

E-Mail d. Pflegedienstleitung: _____

Ausbildungsinformationen:

Diplomierung am: _____
Tag (TT) Monat (MM) Jahr (JJJJ)

Nostrifikation am: _____
Tag (TT) Monat (MM) Jahr (JJJJ)

Diplomierungsort: _____

Nostrifikationsort: _____

Zertifikate:

Besitzen Sie ein Zertifikat in der Basalen Stimulation® ?

Ja

Nein

Besitzen Sie ein Zertifikat in der Kinästhetics® ?

Ja

Nein

Besitzen Sie ein Zertifikat in der Bobath-Therapie® ?

Ja

Nein