

Antrag zur „Registrierung beruflich Pfleger“

Angaben zur Person:	
Name:	Geburtsort:
Geburtsname:	Geburtsdatum:
Vorname:	
PLZ:	Nationalität:
Wohnort:	Bundesland:
Straße, Nr.:	
e-mail*:	Internet*:
Telefon*:	Fax*:

Ausbildung:	
Letzter Schulabschluss:	
Ausbildung in der	
<input type="checkbox"/> Altenpflege	von: _____ bis: _____ Berufsbezeichnung ¹ :
<input type="checkbox"/> Kinderkrankenpflege	von: _____ bis: _____ Berufsbezeichnung ¹ :
<input type="checkbox"/> Krankenpflege	von: _____ bis: _____ Berufsbezeichnung ¹ :
Weiterbildung ¹ :	
	Anzahl der Stunden:
	Anzahl der Stunden:
Studium	
Fach:	Studienabschluss ¹ als:
Zusatzausbildungen ¹ :	

Mit * gekennzeichneten Angaben nur freiwillig und falls vorhanden
Von allen mit ¹ gekennzeichneten Abschlüssen senden Sie uns bitte die Nachweise in Kopie zu .

Bitte den Antrag gut lesbar, möglichst in Druckbuchstaben, ausfüllen.

bitte wenden

Beruflicher Werdegang (max. die letzten 3 Einsatzorte):

Arbeits-/Einsatzbereich z. B. Intensivpflege, Psychiatrie ...	von/bis	Art des Arbeitsplatzes z. B. Krankenhaus, stationäre oder ambulante Pflegeeinrichtung, Schule	Funktion/ Stelle z. B. Stationsleitung, Gesundheits- u. KrankenpflegerIn, PDL

Besondere berufliche Erfahrungen/Einsätze:

Mitglied in Berufs-/Interessensverbänden der Pflege? ja nein Wenn ja, welche :

Regelmäßig gelesene Fachzeitschriften:

Mit * gekennzeichneten Angaben nur freiwillig und falls vorhanden

Von allen mit ¹ gekennzeichneten Abschlüssen senden Sie uns bitte die Nachweise in Kopie zu .**Hiermit beantrage ich die freiwillige Registrierung für beruflich Pflegende.**

Die damit verbundenen Regelungen (s. Informationsblatt vom 1.4.2006) erkenne ich an.

Ich versichere, alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.

Die Erstregistrierungsgebühr

in Höhe von _____ EURO bitte ich von meinem Konto einzuziehen.

Geldinstitut: _____

Kontonummer: _____ Bankleitzahl: _____

Oder

Ich überweise die Erstregistrierungsgebühr in Höhe von _____ EURO auf das Konto

„Registrierung beruflich Pflegender“, Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Konto 000 76 400 48,
Bankleitzahl 300 606 01.

zu haben.

Ort, Datum:

Unterschrift

Die Bestätigungsunterlagen senden wir Ihnen nach Zahlungseingang und Eingang der erforderlichen Nachweise zu.

Bitte den Antrag gut lesbar, möglichst in Druckbuchstaben, ausfüllen.