

K. Anmeldung zum Studium (Studienvertrag)

Hiermit melde ich mich für folgendes Studienziel an:

Gerontopsychiatrie	
<input type="checkbox"/> Leitende Fachkraft für Gerontopsychiatrische Pflege und Betreuung <input type="checkbox"/> Gerontopsychiatrische Pflege- und Betreuung – Staatlich anerkannt nach dem BayPfleWoqG <input type="checkbox"/> Leitende Fachkraft für Gerontopsychiatrische Betreuung <input type="checkbox"/> Gerontopsychiatrische Pflegefachkraft	<input type="checkbox"/> Fachexperte/-in für Gerontopsychiatrie <input type="checkbox"/> Gerontopsychiatrische Fachkenntnisse <input type="checkbox"/> Umgang mit demenziell Erkrankten (M 01) <input type="checkbox"/> Psychologische Handlungskonzepte in der Pflege (M 02) <input type="checkbox"/> Förderung der geistigen Fitness (M 16) <input type="checkbox"/> Umgang mit psychiatrischen Erkrankungen (M 41)
Betriebswirtschaft und Management	
<input type="checkbox"/> Manager/in von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen mit Schwerpunkt Personalmanagement <input type="checkbox"/> Manager/in von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen mit Schwerpunkt Rechnungswesen und Controlling <input type="checkbox"/> Personalmanager/in in Gesundheits- und Sozialeinrichtungen	<input type="checkbox"/> Fachexperte/-in für Rechnungswesen und Controlling in Gesundheits- und Sozialeinrichtungen <input type="checkbox"/> Unternehmensführung (M 08) <input type="checkbox"/> Projektmanagement und Konzeptentwicklung (M 09) <input type="checkbox"/> Rechnungswesen für Leitungen einer Pflegeeinrichtung (M 10) <input type="checkbox"/> Betriebswirtschaftliches Controlling von Pflegeeinrichtungen (M 12)
Leitung von Einrichtungen	Leitung von Abteilungen
<input type="checkbox"/> Leiter/in von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen <input type="checkbox"/> Heim- und Einrichtungsleiter/in <input type="checkbox"/> Einrichtungsleitung – Staatlich anerkannt nach dem BayPfleWoqG <input type="checkbox"/> Fachwirt/in Heim- und Einrichtungsleitung <input type="checkbox"/> Führung von Mitarbeitern/Helfern in der Pflege (M 03) <input type="checkbox"/> Recht für Gesundheits- und Sozialberufe (M 06) <input type="checkbox"/> Persönlichkeitsanalyse als Führungsinstrument (M 13)	<input type="checkbox"/> Leiter/in des Sozialen Dienstes <input type="checkbox"/> Wohnbereichsleiter/in <input type="checkbox"/> Teamleiter/in in Gesundheits- und Sozialeinrichtungen Stationsleitung im Krankenhaus <input type="checkbox"/> Stationsleiter/in und Teamleiter/in (angelehnt an der DKG-Richtlinie) <input type="checkbox"/> Organisation einer Station im Krankenhaus (M 14)
Leitung in der Pflege	Spezielle Leitung von Behinderten-Einrichtungen
<input type="checkbox"/> Pflegedienstleiter/in <input type="checkbox"/> Pflegedienstleitung – Staatlich anerkannt nach dem BayPfleWoqG <input type="checkbox"/> Fachwirt/in Pflegedienstleitung <input type="checkbox"/> Pflegedienstleiter/in Ambulante Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Organisation eines Ambulanten Dienstes (M 15)	<input type="checkbox"/> Leiter/in einer Einrichtung der Behinderten-/Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> Leitende Pflegefachkraft in der Behindertenpflege <input type="checkbox"/> Grundlagen in Einrichtungen der Behindertenhilfe (M 34) <input type="checkbox"/> Spezielle Rechtsgrundlagen für die Behinderten-/Eingliederungshilfe (M 46)
Grundlagenkenntnisse in der Alten- und Krankenpflege	Palliative Care
<input type="checkbox"/> Assistentkraft im Pflege- und Betreuungsbereich <input type="checkbox"/> Betreuungskraft nach §§ 43b, 53 b SGB XI <input type="checkbox"/> Grundpflege (M 17) <input type="checkbox"/> Hauswirtschaftliche Versorgung im Alter (M 18)	<input type="checkbox"/> Fachkenntnisse für Palliative Care <input type="checkbox"/> Palliative-Care-Assistent/in <input type="checkbox"/> Betreuen und Begleiten in der Palliative Care (M 29) <input type="checkbox"/> Medizinisch-pflegerische Aspekte für Palliative Care (M 30)
Beratung in Pflege- und Sozialeinrichtungen	Qualitätsmanagement
<input type="checkbox"/> Fachexperte/in für Pflege- und Sozialberatung – Case Manager/in <input type="checkbox"/> Fachkenntnisse für Pflege- und Sozialberatung <input type="checkbox"/> Grundkenntnisse in der Pflege- und Sozialberatung (Modul 07) <input type="checkbox"/> Fallbearbeitung in der Pflege- und Sozialberatung – Workshop (M 31) <input type="checkbox"/> Spezielle Rechtsbereiche für die Pflege- und Sozialberatung (M 44)	<input type="checkbox"/> Qualitätsmanager/in im Gesundheitswesen <input type="checkbox"/> Qualitätsbeauftragte/r im Gesundheitswesen <input type="checkbox"/> Allgemeines Qualitätsmanagement (M 04) <input type="checkbox"/> Qualitätssicherung und Organisation von Pflege (M 05) <input type="checkbox"/> Dokumentation und Zuordnung zu Pflegegraden (M 33)
Allgemeine Behandlungspflege und Medizinische Fachkenntnisse	
<input type="checkbox"/> Fachkenntnisse in der Behandlungspflege <input type="checkbox"/> Medizinische Grundkenntnisse in der Pflege <input type="checkbox"/> Fachkenntnisse für Schwestern- und Pflegediensthelfer/innen <input type="checkbox"/> Grundlagen der Behandlungspflege für Hilfskräfte (M 19) <input type="checkbox"/> Behandlungspflege für Fachkräfte - Auffrischung (M 20) <input type="checkbox"/> Grundkenntnisse in Anatomie, Physiologie und Hygiene (M 21)	<input type="checkbox"/> Krankheitslehre und Krankheitsbeobachtung (M 22) <input type="checkbox"/> Fachkenntnisse in Pneumologie (M 23) <input type="checkbox"/> Grundlagen der „Deligierbaren Behandlungspflege“ für Schwesternhelfer/innen (M 42) <input type="checkbox"/> Vertiefung der „Deligierbaren Behandlungspflege“ für Schwesternhelfer/innen (M 43)
Berühren und Bewegen	
<input type="checkbox"/> Fachkenntnisse für Kinästhetik <input type="checkbox"/> Fachkenntnisse für Basale Stimulation <input type="checkbox"/> Basale Stimulation – Aufbaukurs (M 24) <input type="checkbox"/> Basale Stimulation - Grundkurs (M 25)	<input type="checkbox"/> Kinästhetik – Grundlagenkurs (M 26) <input type="checkbox"/> Kinästhetik – Aufbaukurs (M 27) <input type="checkbox"/> Berühren und Bewegen in der Pflege (M 28)
Praxisanleitung	Hygiene
<input type="checkbox"/> Praxisanleiter/in (mindestens 300 zertifizierte Gesamtstunden) <input type="checkbox"/> Praxisanleiter/in (angelehnt an Empfehlungen der DKG / Landespflegekammer RLP) (mind. 300 zertifizierte Präsenzstunden) <input type="checkbox"/> Anleitung von Mitarbeitern/Helfern in der Pflege (M 32)	<input type="checkbox"/> Hygienebeauftragter/-koordinator inkl. Infektionsschutzaufgaben <input type="checkbox"/> Grundlagen einer Hygiene-Konzeption (M 39) <input type="checkbox"/> Umsetzung von Hygienemanagement in Pflegeeinrichtungen (M 40)
Außerklinische Intensivpflege	Wundmanagement
<input type="checkbox"/> Fachkraft in der außerklinischen Intensivpflege <input type="checkbox"/> Behandlungspflegerische Grundlagen für außerklinische Intensivpflege (M 37) <input type="checkbox"/> Grundlagen der Beatmung in der außerklinischen Intensivpflege (M38)	<input type="checkbox"/> Wundexperte/-in (angelehnt an ICW) <input type="checkbox"/> Wundmanagement - Grundlagenmodul (M 35) <input type="checkbox"/> Wundmanagement - Aufbauomodul (M 36)

Form des Mediengestützten Studiengangs:

- Analog (Vertiefungsseminare vor Ort)
- Digital (Vertiefungsseminare im Webinar)

Studienbeginn im Monat:

- Analog:** Januar März Mai Juli September November
- Digital:** Januar Februar März April Mai Juni
 Juli August September Oktober November Dezember

Jahr: _____

Studienort Analog:

- Dortmund/Münster Essen Frankfurt/Darmstadt Gießen Koblenz Köln
- München Nürnberg Siegen Trier Würzburg
- Anderer Standort _____

Folgende Daten bitte unbedingt angeben:

Zur besseren Lesbarkeit die Felder bitte nur in Druckbuchstaben ausfüllen.

Privatadresse:

- Frau Herr

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Mobil-Nr. _____

Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

Berufsausbildung als _____

E-Mail _____

Angaben zum Arbeitgeber

Einrichtungsname _____

Ansprechpartner _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

Fax _____

E-Mail _____

Altenpflege Krankenpflege Krankenhaus
 Behindertenhilfe sonstige

ambulant stationär

Bitte reichen Sie uns alle erforderlichen Qualifikationsnachweise und Bescheinigungen für Ihr gewähltes Abschlussziel gemäß den Zulassungsvoraussetzungen (s. Homepage / Studienhandbuch / Flyer) mit diesem Anmeldeformular ein.

Meine derzeitige berufliche Position ist:

- Führungskraft
- Fachkraft
- Hilfskraft
- Sonstiges

Ich bin im folgenden Tätigkeitsbereich tätig:

- Ganzes Unternehmen
- Pflege
- Betreuung
- Verwaltung
- Hauswirtschaft
- sonstige

Ich bin folgendermaßen auf das AUDITORIUM südwestfalen aufmerksam geworden:

- Infopost
- Faxwerbung
- Internet
- E-Mail
- Zeitung
- Arbeitgeber
- Empfehlung der Arbeitsagentur
- Kursnet der Arbeitsagentur
- Freunde und Bekannte
- Sonstiges

Rechnung senden an (bitte den Zahlenden ankreuzen!): Privatperson Arbeitgeber

Ich nehme die Möglichkeit einer Ratenzahlung wahr (Weiterbildungskosten zzgl. 5 % Ratenzahlungsaufschlag).

Ich überreiche zwecks Einlösung: Bildungsgutschein
 Prämiegutschein / Bildungsscheck / Qualischeck

Zahlen Sie bitte gleichzeitig mit Einsendung der Anmeldung die Anmeldegebühr von **75,00 €** auf unser Konto.

IBAN: DE53 4476 1534 4505 5507 00 bei der Volksbank Siegen eG (BIC: GENODEM1NRD).

Ich erkenne die „Allgemeinen Studienbedingungen“ und die „Prüfungsordnung“ des AUDITORIUM südwestfalen als vertragsmäßigen Bestandteil ausdrücklich an **(Diese befinden sich in allen „Studienhandbüchern“ und können zusätzlich beim AUDITORIUM südwestfalen oder im Internet auf www.auditorium-suedwestfalen.de angefordert werden).**

Diese habe ich gelesen und verstanden und bin aufgrund der genannten Unterlagen und etwaiger Gespräche mit der Verwaltungszentrale des AUDITORIUM südwestfalen ausreichend beraten.

_____, den _____

Unterschrift: _____

(Teilnehmer/In)

Sobald diese Anmeldung beim AUDITORIUM südwestfalen eingeht, ist ein Studienvertrag geschlossen. Sie erhalten dann sofort eine entsprechende Bestätigung über den Abschluss eines Studienvertrages.