RotkreuzCampus | Geschwister-Scholl-Str. 28 | 61476 Kronberg

Tel.: 06173-927715 | Fax: 06173-927799 | Mail: akademie@rotkreuzcampus.de

**Anmeldeformular**

**Anmeldung für die Pflichtfortbildung für Praxisanleiter gemäß §4 Abs.3 der**

**Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe 2025 *in Präsenz***

Mittwoch, 09.04.2025 / “Innovative Lernmethoden – Nutzung digitaler Tools in der Praxisanleitung”

Mittwoch, 13.08.2025 / „“Praxisanleitung in interkulturellen Teams – Chancen und Herausforderungen”

Mittwoch, 05.11.2025 /“Reflexion und Weiterentwicklung – die Rolle als Praxisanleitung stärken”

**Hiermit melde ich mich verbindlich an:** Bitte im Worddokument ausfüllen

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ich nehme teil am:

Vorname: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 09.04.🞏 13.08. 🞏 05.11. 🞏

Telefonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Rechnungsstellung:** 🞏 privat 🞏 Arbeitgeber

**Die Teilnahmegebühr beträgt 150 € pro Tag.**

Rechnungsanschrift:

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße | Hausnr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ | Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Damit die Fortbildung durch­geführt werden kann ist eine Teilnehmerzahl von mindestens 10 Personen erforderlich.

Stornierung: Bis 2 Wochen vor Maßnahmenbeginn kostenfrei, zwischen 2 Wochen und Maßnahmenbeginn 50% des Gesamtbetrages, nach Maßnahmenbeginn 80% des Gesamtbetrages.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort | Datum Ort | Datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Teilnehmer\*in Unterschrift Arbeitgeber | Stempel