



## Angaben zum Teilnehmer

Frau  Herr  divers

\_\_\_\_\_  
(Titel), Nachname, Vorname

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
E-Mail dienstlich

\_\_\_\_\_  
Telefon dienstlich

## Tätigkeitsbereich

CES-Gesellschaft  Regionalverwaltung

Klinikdirektion/ -verwaltung

Ärztl.-psych. Dienst  Pflegedienst

Therapeut.  Sozialdienst

Erziehungsdienst  Sonstige

## Angaben zum Arbeitgeber

\_\_\_\_\_  
Name des Klinikums/ Firma

\_\_\_\_\_  
Station/ Abteilung

\_\_\_\_\_  
Name des/ der Vorgesetzten

\_\_\_\_\_  
Telefon des/ der Vorgesetzten (dienstl.)

\_\_\_\_\_  
E-Mail des/ der Vorgesetzten (dienstl.)

## Angaben zur Pflichtfortbildung

1. Unterweisung Arbeitssicherheit  
Datum/ Uhrzeit \_\_\_\_\_

2. Brandschutzhelfer-Kurs  
Datum/ Uhrzeit \_\_\_\_\_

3. Basic-Life-Support (BLS)  
Datum/ Uhrzeit \_\_\_\_\_

4. Advanced-Life-Support (ALS)  
Datum/ Uhrzeit \_\_\_\_\_

5. Newborn and Pediatric Basic-Life-Support (NPBLS)  
Datum/ Uhrzeit \_\_\_\_\_

6. Rezertifizierung Betreuungsassistentz  
Datum/ Uhrzeit \_\_\_\_\_

7. Gewaltprävention in Pflegeeinrichtungen  
Datum/ Uhrzeit \_\_\_\_\_

8. Lebensmittelhygiene gem. IfSG  
Datum/ Uhrzeit \_\_\_\_\_

9. Hygieneunterweisung für Mitarbeitende d.  
Reinigungsdienstes  
Datum/ Uhrzeit \_\_\_\_\_