



## Verbindliche Anmeldung zur Weiterbildung Praxisanleitung in der Pflege und im Hebammenwesen

	_____ Name, Vorname	
Privatadresse	_____ E-Mail	_____ Telefon
	_____ Straße	_____ PLZ, Ort
Geburtsdatum und Geburtsort <i>(für die Zertifikatserstellung)</i>	_____ geboren am	_____ in
Einrichtung	_____	
Rechnungsadresse an Privatadresse oder:	_____	
	Institution	
	_____ Straße	_____ PLZ, Ort

Berufszulassung Gesundheits- und Pflegeberufe (bitte ankreuzen):

- Krankenschwester und -pfleger
- Gesundheits- und Krankenpflegerin und -pfleger
- Pflegefachfrau und -fachmann
- Kinderkrankenschwester und -pfleger
- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und -pfleger
- Altenpflegerin und Altenpfleger
- Sonstiges \_\_\_\_\_

**Voraussetzung für die Zulassung zur Weiterbildung im Hebammenwesen:**

- Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung Hebamme/Berufszulassung § 5 Absatz 1 des Hebammengesetzes

Berufserfahrung seit \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Hiermit melde ich mich verbindlich für die Fortbildung an und erkenne die Regelung bezüglich der Stornogebühren an.

Bitte per Mail an [if-fortbildung@ksh-m.de](mailto:if-fortbildung@ksh-m.de) oder per Post an:

Katholische Stiftungshochschule, IF - Institut für Fort- und Weiterbildung, Preysingstraße 95,  
81667 München