



**Anfrage für eine Hospitation oder ein Praktikum in der Palliativmedizin:**

**Angaben zu Ihrer Person:**

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

Beruf: \_\_\_\_\_ Tätigkeitsbereich: \_\_\_\_\_

Funktion: \_\_\_\_\_ Institution: \_\_\_\_\_

Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Hausnr.):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

**Angaben zum Hospitations- bzw. Praktikumswunsch:**

**Art des Praktikums / der Hospitation:**

- Fort- und Weiterbildung:
- schulisches Sozialpraktikum
- Pflegepraktikum (Medizinstudium)
- berufliche (Neu)orientierung     persönliches Interesse     berufliches Interesse
- andere:

**Wo möchten Sie hospitieren bzw. das Praktikum durchführen?**

*Versorgungsbereich:*

- Palliativstation     SAPV-Team     Konsiliardienst     Case Management

*Profession:*

- Pflegedienst     ärztl. Dienst     Psychologischer Dienst
- Sozialdienst     Ehrenamtskoordination
- andere:

**Bewerbung:** (Ziel, Hintergrund, Motivation, besondere Angaben; bitte Beiblatt anfügen)

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

**Wunschtermin(e):**

\_\_\_\_\_

**Datum, Unterschrift:**

\_\_\_\_\_

*Falls Sie die Hospitation bzw. das Praktikum im Auftrag Ihrer Institution durchführen:*

*Datum, Unterschrift, Stempel (Arbeitgeber):*  
\_\_\_\_\_