



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.): _____
Telefon: _____ Telefax: _____ E-Mail: _____

Angaben zum Hospitations- bzw. Praktikumswunsch

1.) Art des Praktikums/der Hospitation

- Fort- und Weiterbildung
- schulisches Sozialpraktikum
- Pflegepraktikum (innerhalb des Medizinstudiums)
- Pflegepraktikum (unabhängig vom Medizinstudium)
- berufliche (Neu)orientierung persönliches Interesse berufliches Interesse
- andere: _____

2.) In welchem **Versorgungsbereich** und welcher *Profession* möchten Sie hospitieren bzw. das Praktikum durchführen? Bitte beides ankreuzen. Danke!

Palliativstation	SAPV-Team	Konsiliardienst	Case Management
<i>Pflegedienst</i>	<i>ärztl. Dienst</i>	<i>Sozialdienst</i>	<i>Psycholog. Dienst</i>
<i>Hospizdienst</i>	<i>andere:</i>		

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): _____