

**Kompetenznetz Patientenschulung e. V.**

Sitz:

Kinderhospital Osnabrück

Iburger Str. 187

49082 Osnabrück

1. Vorsitzender: Dr. med. R. Szczepanski



**ANTRAG AUF ÜBERGANGSREGELUNG BASISKOMPETENZ PATIENTENTRAINER**

Hiermit beantrage ich das Zertifikat zur Basiskompetenz Patiententrainer

**Frau/Herr**.....

**Anschrift**.....

**Beruf**.....

Die Voraussetzungen erfülle ich wie folgt:

Trainerzertifikat ..... (Indikation eintragen) erhalten am .....

Schulungen in den letzten 3 Jahren? am..... am ..... am .....

Teilnahme an der AGAS/AGNES-Jahrestagung am/in .....

Teilnahme an den Qualitätszirkeln am/in .....

(Bitte fügen Sie die jeweiligen Teilnahmebescheinigungen diesem Antrag bei)

Anmerkungen:.....

Die Bearbeitungsgebühr von 20,-€ habe ich auf das KomPaS-Vereinskonto  
(IBAN: DE 3326 5515 4000 8516 3376 BIC: NOLADE 21 BEB) überwiesen.

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift Antragsteller

Antrag genehmigt

Osnabrück, den .....

.....  
Dr. med. Rüdiger Szczepanski