

Kompetenznetz Patientenschulung e. V.

Kinderhospital Osnabrück

Iburger Str. 187

49082 Osnabrück

1. Vorsitzender: Dr. med. R. Szczepanski

Tel.: 0541/ 5602 197

Fax: 0541/ 5602 318



Antrag zur Zertifizierung als Transitionstrainer gemäß Handbuch Qualitätsmanagement von KomPaS/ModuS

Mitglied in KomPaS JA NEIN

Frau/Herr/Titel _____

Anschrift _____

Tel: _____ Email: _____

Berufsbezeichnung (Beleg in Kopie): _____

Berufserfahrung (gemäß Qualitätsmanagement Basiscurriculum und Transition; Beleg in Kopie): _____ Jahre

hat an folgenden Bausteinen zur Qualifizierung als Transitionstrainer teilgenommen:

1.) Hospitation bei einer anerkannten Transitions-/Jugendschulung

Institut/Einrichtung/Schulungszentrum: _____

Ort: _____

Datum/Umfang: _____

Ort/Datum/Unterschrift des Betreuers

2.) Basiskompetenz - Patiententrainer

Institut/Akademie (von KomPaS zertifiziert): _____

Ort: _____

Datum/Umfang: _____

Ort/Datum/Unterschrift des Betreuers

3.) Aufbaumodul Transition

Akademie: _____

Ort: _____

Datum: _____

Ort/Datum/Unterschrift des Dozenten

4.) Erfolgreiche Teilnahme an der Supervision:

Institution/Akademie: _____

Ort: _____

Datum/Umfang: _____

Ort/Datum/Unterschrift des Supervisors

Die Bearbeitungsgebühr von 20 € habe ich an **KomPaS** (Bankverbindung IBAN: DE33 2655 1540 0085 1633 76) überweisen.

Ich bestätige die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Datum/ Unterschrift des Antragstellers

Stempel oder Name in Druckschrift