

**Kompetenznetz Patientenschulung e. V.**

Geschäftsstelle:  
Medizinische Hochschule Hannover  
Medizinische Psychologie (OE 5430)  
Carl-Neuberg-Str. 1  
30625 Hannover  
Tel. 0511/ 532 6679/ 4439  
kompas@mh-hannover.de



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

**Mitglied bei 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:in teilgenommen:

**1.) Hospitation bei einer anerkannten Transitions-/Jugendschulung**

Institut/Einrichtung/Schulungszentrum: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Datum/Umfang: \_\_\_\_\_

Ort/Datum/Unterschrift des Betreuers

**2.) Basiskompetenz – Patiententrainer:in**

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