

Kompetenznetz Patientenschulung e. V.

Geschäftsstelle:
Medizinische Hochschule Hannover
Medizinische Psychologie (OE 5430)
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover
Tel. 0511/ 532 4439 oder 4436
kompas@mh-hannover.de



**Antrag zur Zertifizierung als Geschwistertrainer: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 Geschwister; Beleg in Kopie): _____ Jahre
hat an folgenden Bausteinen zur Qualifizierung als Geschwistertrainer:in teilgenommen:

1.) Hospitation bei einer anerkannten Geschwister-/Kinderschulung

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 Geschwister

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