

Anmeldeformular Anerkennung Module

Bitte tragen Sie bei den Modulen, für die Sie eine Anerkennung anmelden, die besuchte Hochschule/Institution und das Abschlussdatum ein. Maximal können für ein MAS 3 Module, für ein DAS 2 Module und für ein CAS 1 Modul anerkannt werden.

Name, Vorname: _____

Studiengang: _____

	besuchte Hochschule/Institut	Abgeschlossen am	Anerkannt (bitte frei lassen)
Forschungsergebnisse: Recherche & Beurteilung			
Leadership			
Qualitätsmanagement			
Betriebswirtschaft			
Projekt- und Changemanagement			
Personalmanagement			
Gesundheitspolitik / Integrierte Versorgung			
Finanz- und Rechnungswesen			
Leiten, Präsentieren, Gestalten und Moderieren			
Erfolgreiches Verhandeln			
Klinisches Assessment (Care Management)			
Family Care			
Case Management			
Ethik im Gesundheitswesen			
Sozialversicherungen und Patientenrecht			
Klinisches Assessment (Geriatric)			
Gerontologie und Geriatrie			
Geriatrische Interventionen			
Spiritualität und Biographie			
Demenz und Delir			
Depression, Angst und Sucht			
Dementia Care Mapping			
Klinisches Assessment (Onkologie)			
Antitumorale Therapien			
Symptommanagement (Onkologie)			
Psychosoziale Unterstützung			
Patienten- und Angehörigenbildung			
Ressourcenorientierte Beratung chronisch körperlich kranker Menschen			
Klinisches Assessment (Home Care)			
Medikamente im Patienten- und Angehörigenalltag			
High-Tech Home Care			
Klinisches Assessment (Palliative Care)			
Evidenzbasierte Konzepte erstellen			
Palliative Care Basiskurs			
Palliative Care Vertiefungskurs			
Klinisches Assessment (Wound Care)			

	besuchte Hochschule/Institut	Abgeschlossen am	Anerkannt (bitte frei lassen)
Konzepte und Strategien der Wundbehandlung			
Strafrecht und Datenschutz			
Haftpflicht und Berufsausübung			
Klinisches Assessment (Neuro / Stroke)			
Grundlagen Neuro / Stroke			
Frührehabilitation Neuro / Stroke			
Klinisches Assessment (Rehabilitation Care)			
Grundlagen der Rehabilitation			
Klinisches Assessment (Transplatationspflege)			
Transplatationspflege			
Klinisches Assessment (Nephrological Care)			

Bitte die Kopien aller Modulbestätigungen beilegen!

Module anerkannt: (Wird von der Hochschule ausgefüllt)

Ja	Nein

Datum: _____

Unterschrift Rektorin / Studiengangsleitung: _____