

Anmeldung – Teilnehmervereinbarung

Basisseminar Wundexperte ICW e. V.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Telefon (privat): _____ E-Mail: _____

PLZ/Wohnort: _____ Straße: _____

Berufsabschluss am: _____ Institution: _____
(Examen)

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____ Einsatzort: _____

Kurstermin: _____

Anlagen (Fotokopie):

- Examenszeugnis bei Ausbildung in einem Pflegeberuf
- Nachweis über die Führung der Berufsbezeichnung (Urkunde)
- Nachweis über eine abgeschlossene Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf
- Approbationsurkunde

Hiermit bestätige ich, dass mir die formalen und inhaltlichen Grundlagen der ICW/TÜV Zertifizierung bezogen auf den Wundexperten ICW in Form von: Curriculum inklusive Hospitation, Hausarbeit, Prüfungsleistungen und Prüfungsordnung, Positionspapier, Normatives Dokument für Fachpersonal Wunde sowie die Vorgaben zur Rezertifizierung bekannt sind. Dies bezieht sich auf die jeweils aktuellen, auf der Homepage der ICW unter www.icwunden.de veröffentlichten Versionen/Dokumente zum Zeitpunkt meiner Unterschrift.

Datum

Unterschrift Teilnehmer/in

Unterschrift Klinikpflegedienstleitung