RotkreuzCampus | Geschwister-Scholl-Str. 28 | 61476 Kronberg

Tel.: 06173-927715 | Fax: 06173-927799 | Mail: akademie@rotkreuzcampus.de

**Anmeldeformular**

**Anmeldung zur Pflichtfortbildung für Zusätzliche Betreuungskräfte in der Pflege**

**nach §§ 43b, 45a/b, 53b SGB XI / 2025 *in Präsenz***

Mittwoch, 30.04.2025 „Trauerbegleitung und psychosoziale Unterstützung am Lebensende“

Mittwoch, 10.09.2025 „Förderung der sozialen Teilhabe“

**Hiermit melde ich mich verbindlich an:** Bitte im Worddokument ausfüllen

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ich nehme teil am:

Vorname: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 30.04.2025 🞏

Telefonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 10.09.2025 🞏

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Rechnungsstellung:** 🞏 privat 🞏 Arbeitgeber

**Die Teilnahmegebühr beträgt 150 € pro Tag.**

Rechnungsanschrift:

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße | Hausnr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ | Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Damit die Fortbildung durch­geführt werden kann ist eine Teilnehmerzahl von mindestens 10 Personen erforderlich.

Stornierung: Bis 2 Wochen vor Maßnahmenbeginn kostenfrei, zwischen 2 Wochen und Maßnahmenbeginn 50% des Gesamtbetrages, nach Maßnahmenbeginn 80% des Gesamtbetrages.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort | Datum Ort | Datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Teilnehmer\*in Unterschrift Arbeitgeber | Stempel