

Ergänzungsblatt

Projekt Herzenswunsch-Hospiz-Mobil
BRK KV Straubing-Bogen



Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

E-Mail: _____ Telefon: _____

Medizinische Qualifikation _____

Medizinische Qualifikation _____

Bitte Kopie von Urkunden/Nachweise beifügen!

Sonstige Qualifikationen
(z.B. Sprachen, etc.) _____

Ich bin Mitglied einer Hilfsorganisation

ja bei _____ nein

Vorhandene Einweisungen in Medizinprodukte-Betreiberverordnung:

Gerät _____

Gerät _____

Gerät _____

Gerät _____

Gerät _____

Bitte Nachweise beifügen!

Führerschein Klasse _____ vorhanden.
Bitte Kopie von Führerschein beifügen.