

**Personalien:**  Frau  Herr

**Rechnung an** (falls nicht identisch):

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

Vorname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon Privat: \_\_\_\_\_

Telefon Geschäft: \_\_\_\_\_

Mobile: \_\_\_\_\_

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

Webseite: \_\_\_\_\_

**Zahlungsmodus:**

jährlich

halbjährlich (Zuschlag Fr. 10.– pro Jahr)

vierteljährlich (Zuschlag Fr. 20.– pro Jahr)

Korrespondenzsprache:  Deutsch  Italienisch/Deutsch  Französisch  Italienisch/Französisch

Adresse darf an Dritte weitergegeben werden?  Ja  Nein

für kommerzielle Zwecke  Ja  Nein

für berufsbezogene Zwecke  Ja  Nein

## Angaben zur Mitgliedschaft:

**Beschäftigungsgrad:** \_\_\_\_\_ %

**Dipl. Pflegefachfrau/-fachmann (Ausbildung):**

Diplom:  HF  FH / Bachelor  Diplom Niveau II  AKP

IKP  GesKP  PsyKP  KWS

**Pflegefachfrau/-fachmann Diplom Niveau I**  **FA SRK**  **Studentin**

**Ausländisches Diplom**  SRK anerkannt  laufendes Anerkennungsverfahren

**Ausbildung von – bis:** \_\_\_\_\_

**Ausbildungsstätte:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Nachdiplomausbildung:**

Anästhesie  Hebamme  HöFa I

HöFa II  IPS  Notfall

OPS  Master (MSc)  PhD

DAS \_\_\_\_\_  MAS \_\_\_\_\_

NDS HF \_\_\_\_\_  HFP \_\_\_\_\_

Andere \_\_\_\_\_

**Stellung im Beruf:**  **angestellt**

**Tätigkeitsbereich:**

Spital  Langzeitinstitution  Spitex/ambulant

Psychiatrie  Rehabilitation  Bildungsbereich

OPS  Anästhesie  IPS

Notfall  Forschung  Pflegeentwicklung

Öffentliche Verwaltung  Management  Versicherung

Andere \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Selbstständig erwerbend</b>              | <input type="checkbox"/> freiberuflich tätig<br>ambulant KLV 7  | <input type="checkbox"/> freiberuflich tätig<br>Psychiatrie KLV 7 |
| <input type="checkbox"/> freiberuflich tätig<br>Stillberatung KLV 15 | <input type="checkbox"/> freiberuflich tätig<br>Diabetes KLV 9c | <input type="checkbox"/> anderes<br>z.B. Kurstätigkeit            |

Name des Geschäfts: \_\_\_\_\_

Geschäftsadresse: \_\_\_\_\_

Möchten Sie aktiv im Verband mitarbeiten?

 ja  nein

Wenn ja, kreuzen Sie bitte unten Ihr Interessengebiet an

- Sektion (Delegierte/r, Vorstand, IG [Interessengruppen], Regionalgruppe)
- SIGA Schweiz. Interessengemeinschaft für Anästhesiepflege
- SVS Schweiz. Vereinigung der Stomatherapeutinnen und Stomatherapeuten
- SVBK Schweiz. Vereinigung der Betriebskrankenschwestern und -pfleger
- SIN Schweizerische Interessengemeinschaft Notfallpflege
- Curacasa – Fachverband Freiberufliche Pflege Schweiz
- Fachverband LangzeitSchweiz
- Schweizerische Interessengruppe für Operationspflege (SIGOP)
- Schweizerische IG für Diabetesfachberatung (SIDB)
- Schweizerische IG Pflegeinformatik (IGPI)
- Schweizerische IG Wundspezialistinnen (IGWS)
- IG nephrologische Krankenpflege (IGNK)
- IG Swiss ANP – Advanced Nursing Practice
- Deutschsprachige Interessengruppe der FachexpertInnen für Infektionsprävention und Spitalhygiene (FIBS)
- IG BeraterInnen Infektionsprävention Romandie (SIPI)
- IG Pflegefachpersonen Komplementärmedizin Westschweiz und Tessin (ISMAC)
- Pflegestudierende.ch
- Fachverband Langzeitpflege Schweiz
- Westschweizer Vereinigung der Pflegefachpersonen Höfa I (ASRIC)

 Kommission (Fachgebiet): \_\_\_\_\_ andere \_\_\_\_\_ andere \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Ich wurde auf den SBK  
aufmerksam durch:

- |  |  |                                      |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Werbung in der Schule | <input type="checkbox"/> Werbung am Arbeitsplatz | <input type="checkbox"/> Beratung    |
| <input type="checkbox"/> Fort-/Weiterbildung   | <input type="checkbox"/> Veranstaltung           | <input type="checkbox"/> Zeitschrift |
| <input type="checkbox"/> Internet              | <input type="checkbox"/> SBK Publikation         |                                      |

 Andere: \_\_\_\_\_ Person/Adresse: \_\_\_\_\_

Ort / Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte folgende Kopien beilegen:

- Ausbildung in der Schweiz abgeschlossen: Diplom und/oder Fähigkeitsausweis(e)
- Ausbildung im Ausland abgeschlossen: Bestätigungsschreiben SRK mit Registriernummer
- Studierende: Bestätigungsschreiben der Ausbildungsstätte oder Kopie des Studentenausweises

Formular bitte einsenden an:



**SBK**  
**Zentralschweiz**  
 Denkmalstrasse 1  
 6006 Luzern