

Personalien:

Frau Herr

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse, Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon Privat:

Telefon Geschäft:

Mobile:

E-Mail:

Webseite:

Rechnung an (falls nicht identisch):

Name:

Vorname:

Strasse, Nr.:

PLZ/Ort:

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? 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:

Tätigkeitsbereich:

angestellt
 Spital Langzeitinstitution Spitex/ambulant
 Psychiatrie Rehabilitation Bildungsbereich
 OPS Anästhesie IPS
 Notfall Forschung Pflegeentwicklung
 Öffentliche Verwaltung Management Versicherung

Andere _____

Arbeitgeber: _____**Adresse:** _____

- Selbstständig erwerbend**
 freiberuflich tätig
ambulant KLV 7

 freiberuflich tätig
Psychiatrie KLV 7
 freiberuflich tätig
Stillberatung KLV 15

 freiberuflich tätig
Diabetes KLV 9c

 anderes
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)
 SVM Schweizerischer Verband der Mütterberaterinnen
 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
 Schweizerische Interessengruppe für Operationspflege (SIGOP)
 Schweizerische IG für Diabetesfachberatung (SIDB)
 Schweizerische IG Pflegeinformatik (IGPI)
 IG nephrologische Krankenpflege
 IG Swiss ANP – Advanced Nursing Practice
 Deutschsprachige Interessengruppe der BeraterInnen für Infektionsprävention und Spitalhygiene (dibis)
 Deutschschweizerische IG für Pflegefachfrauen/-männer im Arbeitsfeld Kind-Jugendliche-Familie-Frau (KJFF)

 Kommission (Fachgebiet): _____ andere _____ andere _____**Bemerkungen:** _____**Ich wurde auf den SBK aufmerksam durch:**

- Werbung in der Schule Werbung am Arbeitsplatz Beratung
 Fort-/Weiterbildung Veranstaltung Zeitschrift
 Internet 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-ASI, Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
 Sektion Zentralschweiz, Denkmalstrasse 1, 6006 Luzern
 Telefon 041 310 80 55, E-Mail info@sbk-zentralschweiz.ch, Web www.sbk-zentralschweiz.ch