# Bestätigung

Hiermit bestätige ich, dass

Vorname:       Name:

Aktuelle Adresse:

Geburtsdatum:

zwischen       und       während mindestens 6 Monaten mit 100% auf einer der folgenden Stationen als dipl. Pflegefachperson HF tätig gewesen war.

[ ]  IMC-Stationen

[ ]  Neurologische Überwachungsstationen („stroke unit“)

[ ]  Kardiologische Überwachungsstationen („coronary care unit“)

[ ]  Pädiatrische oder neonatologische Überwachungsstationen

[ ]  Aufwachräume

[ ]  Intensivpflegestation

Klinik/Spital:

Vorname       Name

Funktion

Datum:

Unterschrift:

Senden Sie dieses Formular mit einer Kopie Ihres IMC Zertifikates an das Bildungszentrum XUND unter dem Stichwort «Nachträglicher Titelerwerb Überwachungspflege», oder per Email an:

weiterbildung@xund.ch