# 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](mailto:weiterbildung@xund.ch)