

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 Graubünden, Gürtelstrasse 24, Postfach 578, 7001 Chur
Telefon 081 353 53 79, Fax 081 353 53 72, E-Mail info@sbk-gr.ch, Web www.sbk-gr.ch