



Sitz: Kinderhospital Osnabrück
Iburger Straße 187, 49082 Osnabrück
Tel.: 0541/5602-0 / Fax.: 5602-107
1. Vorsitzender: Dr. med. R. Szczepanski

Bescheinigung

Mitglied in der AG Asthmaschulung JA NEIN

(das Trainerzertifikat kann nur ausgestellt werden, wenn dieser Antrag komplett ausgefüllt eingereicht wird)

Frau/Herr _____
Anschrift dienst: _____
Anschrift privat: _____
Telefon _____
Email _____
Bundesland _____

1.) Berufsbezeichnung _____

2.) Berufserfahrung (gemäß Handbuch Qualitätsmanagement, 2007, Zuckschwerdt Verlag: 2.1.2 „Asthmatrainer und Zertifikat“ sowie 2.1.3 „Qualifikation zum Asthmatrainer“):

_____ Jahre (lt. beiliegenden Unterlagen, ggf. in Kopie)

hat an folgenden Bausteinen zur Qualifizierung als Asthmatrainer/in teilgenommen:

3.) Hospitation bei einer anerkannten Schulung:

Institut: _____
Ort: _____
Wann/Umfang: _____

Ort/Datum/Unterschrift des Betreuers

4.) Hospitation bei einer Asthma-Sportgruppe:

Institut: _____
Ort: _____
Wann/Umfang: _____

Ort/Datum/Unterschrift des Betreuers

5.) Theorie-seminar – Block I:

Akademie: _____
Ort: _____
Wann/Umfang: _____

Ort/Datum/Unterschrift des Dozenten

6.) Theorie-seminar – Block II:

Akademie: _____
Ort: _____
Wann/Umfang: _____

Ort/Datum/Unterschrift des Dozenten

7.) Erfolgreiche Teilnahme an der Supervision:

Akademie: _____
Ort: _____
Wann/Umfang: _____

Ort/Datum/Unterschrift des Supervisors